



RYPÄLERASKAUTEEN SAIRASTU- NEEN NAISEN JA HÄNEN PER- HEENSÄ HOITO JA TUKEMINEN

Sonja Ahonen

Maarit Laitinen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

SONJA AHONEN & MAARIT LAITINEN:

Rypäleraskauteen sairastuneen naisen ja hänen perheensä hoito ja tukeminen

Opinnäytetyö 101 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Lokakuu 2013

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kirjallinen potilasohje rypäleraskauteen sairastuneelle ja hänen omaisilleen sekä lisäksi tehdä tarkistuslista hoitajille rypäleraskauteen sairastuneen naisen hoitotyöstä Pirkanmaan sairaanhoitopiirille (PSHP). Opinnäytetyö käsittelee rypäleraskautta sairautena, sen diagnosointia ja hoitomuotoja sekä seuranta. Hoitotyön näkökulmina opinnäytetyössä ovat perhekeskeisyys, yksilöllisyys, hoidon jatkuvuus ja potilasohjaus. Opinnäytetyö on tuotokseen painottuva opinnäytetyö, jonka tarkoituksena on tehdä konkreettinen tuotos.

Rypäleraskaus on suhteellisen harvinainen trofoblastitauteihin kuuluva sairaus. Suomessa keskimäärin yksi tuhannesta raskaudesta on rypäleraskaus. Rypäleraskaus on istukkaperäinen sairaus, jossa istukan villukset turpoavat nesteen täyttämiksi rakkuloiksi. Silloin istukan toiminta häiriintyy, eikä se kykene suorittamaan raskaudelle ominaisia tehtäviään. Tehtävistä suoriutuminen on kuitenkin epäolennaista, sillä rypäleraskauden yhteydessä esiintyy harvoin sikiötä. Rypäleraskaus diagnosoidaan kaikukuvauksen ja hCG-määrityksen avulla. Sairaus voi aiheuttaa runsasta pahoinvointia ja verenvuotoa emättimestä sekä vatsakipuja. Sairaus voi kuitenkin olla myös oireeton.

Kun rypäleraskaus on diagnosoitu, aloitetaan sen hoito kohdun imutyhjennyksellä. Imutyhjennystä seuraa viikkojen tai kuukausien mittainen hCG-seuranta. Imutyhjennyksen jälkeinen seuranta on tärkeää, sillä sairaus voi kehittyä invasiiviseksi rypäleraskaudeksi tai jopa istukkasyöväksi. Pahanlaatuisia sairauksia tulee hoitaa solunsalpaajilla ja mahdollisesti myös muilla syöpähoidoilla.

Opinnäytetyön myötä syntyneitä konkreettisia tuotoksia ovat potilasohje rypäleraskauteen sairastuneelle naiselle ja hänen omaisilleen sekä tarkistuslista hoitajille rypäleraskauspotilaan hoitotyöstä. Potilasohjeessa on käsitelty rypäleraskautta sairautena, sen hoidon linjauksia sekä sairauden vaikutuksia potilaan tulevaisuuteen. Tarkistuslistasta löytyy rypäleraskauteen sairastuneen potilaan hoitotyössä muistettavat ja huomioitavat asiat. Opinnäytetyön 2. osa on teoriaosuus, ja se on suunnattu pääasiallisesti hoitoalan ammattilaisten käyttöön.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää rypäleraskauteen sairastuneen hoitotyötä, edistää hoidon jatkuvuutta ja tukea sairaanhoitajien ammattitaitoa rypäleraskauspotilaan hoidossa. Oman tietämyksen lisääminen oli yksi keskeisistä tavoitteista. Kehittämisehdotuksena olisi tehdä tutkimus tarkistuslistojen hyödyllisyydestä ja käyttömahdollisuuksista vuodeosastoilla sekä poliklinikoilla.

Asiasanat: rypäleraskaus, mola hydatidosa, tarkistuslista, potilasohje

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

SONJA AHONEN & MAARIT LAITINEN:
A Woman with Molar Pregnancy - Treatment and Support of her and her Family

Bachelor's thesis 101 pages, appendices 6 pages
October 2013

The purpose of this study was to create written patient instructions for patients diagnosed with molar pregnancy. We also wanted to create a checklist on treating mole patients so that nurses are supported at their work, and consistency and safety of nursing could be guaranteed.

One of rare early pregnancy complications is known as molar pregnancy. This placenta-based disease is typically known for swollen chorionic villi which will grow and resemble grapes. Placenta cannot function as it should, but it is not necessary because in molar pregnancy there usually is not any foetus in the womb. Molar pregnancy is diagnosed with ultrasound scan and defining serums of hCG-level. Typically hCG-level is extraordinary high and ultrasound shows womb filled with grapes or snowstorm.

The first symptoms of molar pregnancies are unusually heavy vomiting, vaginal bleeding and stomach pain. It can also be symptomless. When mola is diagnosed, the first operation is to remove molar pregnancy tissue from the uterus by vacuum aspiration. After this procedure follows weeks or months of serums hCG-level survey. Regardless of removed uterus tissue, there is always a possibility that the mole transforms into malignant type, known as invasive mole or even into choriocarcinoma. These malignant types of conditions require chemotherapy or other cancer treatments.

Key words: molar pregnancy, hydatidiform mole, check-list, patient instructions

SISÄLLYS OSA 1

1	JOHDANTO.....	7
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	9
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	10
3.1	Rypäleraskaus	11
3.2	Potilasohje.....	13
3.3	Tarkistuslista.....	14
3.4	Yksilöllisyys	16
3.5	Perhekeskeisyys	18
3.6	Potilasohjaus	18
3.7	Hoidon jatkuvuus	20
4	TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	22
4.1	Tuotokseen painottuva opinnäytetyö.....	22
4.2	Tuotosten kuvaus.....	22
4.2.1	Potilasohjeen sisältö.....	23
4.2.2	Potilasohjeen ulkoasu	24
4.2.3	Tarkistuslistan sisältö.....	25
4.2.4	Tarkistuslistan ulkoasu	28
4.3	Opinnäytetyön vaiheet ja sen toteuttaminen	30
5	PÄÄTÄNTÄ	32
5.1	Eettisyys ja luotettavuus	32
5.2	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	34
5.3	Pohdinta.....	35
	LÄHTEET	37

SISÄLLYS OSA 2

1	JOHDANTO.....	4
2	RYPÄLERASKAUS SAIRAUTENA	5
2.1	Rypäleraskauden eri tyypit	5
2.2	Riskitekijät ja ennuste	6
2.3	Oireet ja löydökset	7
2.4	Diagnosointi.....	8
2.4.1	Gynekologinen kaikututkimus	8
2.4.2	Seerumin hCG	9
2.4.3	Gynekologinen tutkimus	9
2.4.4	Kohdun limakalvonäyte	10
2.5	Rypäleraskaus ja syöpä.....	10
2.5.1	Korionkarsinoma.....	10
3	RYPÄLERASKAUDEN HOITO JA SEURANTA.....	13
3.1	Imutyhjennys eli evakuaatio	13
3.2	HCG-arvon seuranta	14
3.3	Kuvantamistutkimukset	15
3.4	Solunsalpaajahoidot rypäleraskauden hoitomuotona.....	16
3.4.1	Solunsalpaajahoidon indikaatiot ja hoidon valinta	16
3.4.2	Käytettävät solunsalpaajat.....	18
3.4.3	Solunsalpaajahoidon arvioitu kesto	20
3.5	Sädehoito	20
3.6	Kohdun poisto eli hysterektomia	20
3.7	Uusi raskaus rypäleraskauden jälkeen	21
4	RYPÄLERASKAUTEEN SAIRASTUNEEN NAISEN JA HÄNEN PERHEENSÄ SELVIITYMISEN TUKEMINEN JA OHJAUS	23
4.1	Kriisi reaktiona	23
4.1.1	Kriisin vaiheet.....	24
4.1.1	Kriisi sairastuessa.....	27
4.1.2	Kriisihoidon toteutus.....	28
4.2	Suru.....	29
4.2.1	Surun vaiheet.....	31
4.2.2	Eroavaisuudet suremisessa.....	31
4.2.3	Suru raskauden keskeytyessä.....	33
4.2.4	Miten suru ilmenee vanhemmista	34
4.3	Solunsalpaajahoidoa saavan rypäleraskauspotilaan henkinen tukeminen	35
4.3.1	Potilaan tunteet hoidon aikana	35

4.3.2	Potilaan toiveet henkisestä tuesta.....	36
4.3.3	Potilaan henkistä hyvinvointia edistävät tekijät.....	37
4.3.4	Solunsalpaajahoidon aiheuttamien sivuvaikutusten hoito ja potilaan omahoidon ohjaus.....	39
4.4	Seksuaalisuus sairauden kohdatessa	41
4.4.1	Syöpäpotilaan seksuaalisuuden tukeminen	43
4.4.2	Seksuaalineuvonta ja -terapia.....	45
4.5	Parisuhteen tukeminen	45
4.6	Perheen tukeminen.....	46
4.6.1	Tiedollinen ja emotionaalinen tukeminen.....	47
4.6.2	Lapsen sopeutumista helpottavat keinot vanhemman sairastuessa.....	49
4.7	Tukipalveluiden yhteystietoja.....	49
LÄHTEET.....		51
LIITTEET		57
Liite 1. Tutkimustaulukko		57

1 JOHDANTO

Raskaus saa naisessa aikaan kaksi mielikuvaprosessia: muodostuu mielikuva itsestä äitinä sekä vauvaa koskeva mielikuva. Naisen mielikuvat ja ajatukset kohdussa olevasta vauvasta herättävät naisessa tunteita, ja nämä tunteet saavat aikaan kiintymyksen vauvaa kohtaan. (Sarkkinen 2010, 5.) Raskaus ja vanhemmuus vaikuttavat joka kerralla sekä naiseen että mieheen. Nainen kokee kuitenkin psyykkisten muutosten lisäksi myös hormonaalisia ja fyysisiä muutoksia. Raskauden alussa kohtu alkaa kasvaa ja nainen kokee muun muassa pahoinvointia, väsymystä sekä rintojen aristusta. (Oulasmaa 2006, 191–192.)

Aina kuitenkin raskaus ei jatku juuri alkua pidemmälle, vaikka raskaus aidosti aiheuttaisikin siihen kuuluvia oireita. Alkuraskauden häiriöitä ovat muun muassa verenvuoto, keskenmeno, kohdunulkoinen raskaus, myoomat, trofoblastitaudit sekä ovariomuutokset. (Ordén, 2.) Eräs alkuraskauden häiriöistä saa usein aikaan vahvoja raskausoireita, kuten kohdun runsasta kasvua ja voimakasta pahoinvointia, mutta niiden lisäksi ilmenee myös emättimen verenvuotoa. Kyseiset oireet voivat viitata rypäleraskauteen, joka on trofoblastitauteihin kuuluva sairaus. (Paananen ym. 2006, 387-388.)

Kun rypäleraskaus havaitaan, kohtu joudutaan tyhjentämään ja raskaus näin ollen keskeytyy. Yleensä sikiötä ole lainkaan kehittynyt ja tyhjennettävä materiaali koostuu pääosin pelkästä suurentuneesta istukasta. Tyhjennyksen jälkeen seuranta ja mahdolliset rypäleraskaudesta aiheutuneet terveydelliset haitat pyritään hoitamaan. (Paananen ym. 2006, 387-388; Tiitinen 2012.) Lasta odottanut äiti ja koko perhe joutuvat luopumaan mielikuvista ja ajatuksista syntyvästä lapsesta, ja reagoimaan myös siihen, että samanaikaisesti äiti/puoliso on sairastunut. Lapsen menetys voi tuntua hyvin raskaalta, ja jo se pelkästään ajaa naisen ja perheen kriisitilanteeseen. Lisäksi useille tuntematon ja harvinaisen sairaus voi aiheuttaa monia pelkoja ja ajatuksia.

Rypäleraskaus on istukan sairaus, jossa kohtuun muodostuu rypälemäisiä, turvonneita ja nesteen täyttämiä istukan nukkalisäkkeitä. Rypäleraskauden yhteydessä ei yleensä ole sikiötä. Tutkimusten mukaan yksi tuhannesta raskaudesta on rypäleraskaus. (Tiitinen 2013.) Rypäleraskauden riskiä lisää aiempi rypäleraskaus, keskenmenot ja yli neljän-

kymmenen tai alle kahdenkymmenen vuoden ikä (Salmi & Leminen 2007, 467; Grenman & Leminen 2013). Tautia esiintyy Aasiassa ja Etelä-Amerikassa enemmän kuin Euroopassa tai Pohjois-Amerikassa (Tiitinen 2013).

Rypäleraskauteen sairastuneella on suurentunut riski sairastua istukkasyöpään (Leminen 2009). Suomessa todetaan vuosittain 1-10 istukkasyöpää (Pakarinen 2011; Grenman & Leminen 2013; Loukovaara 2013). Istukkasyöpä on siis harvinainen, mutta vakava sairaus, joten rypäleraskauden jälkeinen seuranta on tärkeää juuri istukkasyöpäriskin vuoksi. (Tiitinen 2013.)

Tämän opinnäytetyön aiheena on rypäleraskauteen sairastuneen naisen ja hänen perheensä hoito ja tukeminen. Aiheen saimme Pirkanmaan sairaanhoitopiirin naistentautien vastualueelta osastolta. Osaston työntekijät toivoivat potilasohjetta sekä tarkistuslistaa hoitajille rypäleraskauden hoidosta. Heillä ei ole tällä hetkellä käytössään kirjallista ohjemateriaalia rypäleraskaudesta. Tarkistuslistaa he toivoivat sairauden harvinaisuuden vuoksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kirjallinen potilasohje rypäleraskauteen sairastuneelle ja hänen omaisilleen sekä tehdä tarkistuslista hoitajille rypäleraskauspotilaan hoitotyöstä Pirkanmaan sairaanhoitopiirille.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kirjallinen potilasohje rypäleraskauteen sairastuneelle ja hänen omaisilleen sekä tehdä tarkistuslista hoitajille rypäleraskauspotilaan hoitotyöstä Pirkanmaan sairaanhoitopiirille.

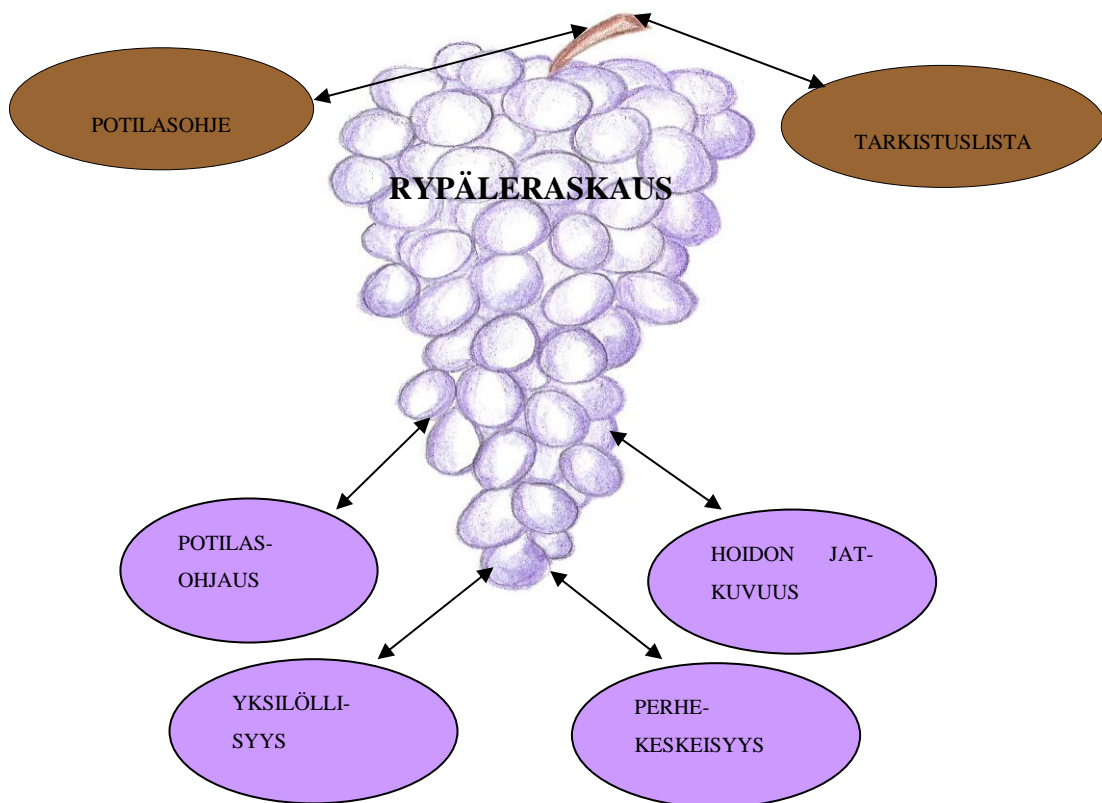
Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mikä on rypäleraskaus?
2. Mitkä ovat rypäleraskauteen sairastuneen hoitolinjat?
3. Minkälainen on hyvä potilasohje?
4. Minkälainen on hyvä tarkistuslista?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää rypäleraskauteen sairastuneen hoitotyötä ja tukea sairaanhoitajien ammattitaitoa rypäleraskauspotilaiden hoidossa, jotta potilaiden hoidon jatkuvuus ja turvallisuus paranisivat. Tavoitteena on myös lisätä omaa tietämystä aiheesta.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme teoreettisten lähtökohtien (kuvio 1) keskeisiksi käsitteiksi nousivat rypäleraskaus, potilasohje sekä tarkistuslista. Koska opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä potilasohje sekä tarkistuslista, on tärkeää käsitellä opinnäytetyössä hyvän potilasohjeen ja tarkistuslistan kriteereitä. Hoitotyön näkökulmasta käsittelemme hoidon jatkuvuutta, yksilöllisyyttä, perhekeskeisyyttä ja potilasohjausta. Rypäleraskauteen sairastuneen hoidon jatkuvuuden takaaminen on oleellista, sillä sairaudella voi olla kauaskantoiset vaikutukset naisen ja myös koko perheen elämään. Olisi tärkeää luoda selkeät ja yhtenäiset hoitotyön periaatteet sairauden ollessa suhteellisen harvinainen. Yksi tarkistuslistan tarkoituksista on parantaa rypäleraskauden hoitotyötä.



KUVIO 1. Rypäleraskauteen sairastuneen hoitotyö

Opinnäytetyömme teoreettiset lähtökohdat on koottu viinirypäletertun muotoon, koska se sopii hyvin opinnäytetyöhön nimensä mukaisesti (rypäleraskaus). Potilasohje ja tarkistuslista ovat ruskealla pohjalla koska niiden ajatellaan toimivan ikään kuin rypäleras-

kauden hoidon "kannattelevina" osina. Kannattelevat osat antavat vankan pohjan sairauden kestämiseen. Neljä muuta teoreettista lähtökohtaa on esitelty ikään kuin rypäletertтуun kuuluvina yksittäisinä rypäleinä. Voidaan ikään kuin ajatella, että nämä valitsemamme neljä teoreettista lähtökohtaa ovat vain murto-osa isommasta kokonaisuudesta; sairaudesta joka on hyvin moniulotteinen ja monitasoinen.

Rypäleraskauteen sairastuneen hoitotyössä on tärkeää huomioida jokaisen potilaan yksilöllisyys. Potilaiden elämäntilanteet voivat olla hyvinkin erilaisia ja suhtautuminen sairastumiseen voi olla vaihtelevaa. Rypäleraskauden hoitotyö on myös läheisesti perhekeskeistä, sillä sairaus liittyy alkaneeseen raskauteen ja sen vuoksi koko perhe tulee ottaa huomioon hoidossa ja tukea myös heitä. Potilasohjaus osana hoitotyötä on hyvin tärkeää, ja vaikuttaa olennaisesti hoitotyön laatuun. Rypäleraskautta hoidetaan suurimaksi osin poliklinisesti, joten potilasohjaus hoitokontaktin ollessa lyhyt on entistä tärkeämpää.

3.1 Rypäleraskaus

Rypäleraskaudessa (*mola hydatidosa*) (Lehtovirta 2001, 247) istukan solut alkavat käyttäytyä epänormaalisti heti, kun munasolu on hedelmöittynyt. Kyseiset solut kasvavat merkittävästi kohdussa normaalisti kehittyvän sikiön sijasta. Epänormaaleja soluja kutsutaan moolaksi, englanniksi ”mole”, joka tulee latinankielestä tarkoittaen massaa tai kyhmyä. Normaalissa raskaudessa istukka takaa ravinnon kehittyvälle sikiölle ja samalla poistaa kuona-aineita. Rypäleraskaudessa puolestaan solujen epänormaalin käyttäytymisen vuoksi solut muuttuvat nesteen täyttämiksi rakkuloiksi, jotka muistuttavat viinirypäleitä. (NHS 2012.)

Istukka koostuu miljoonista soluista, jotka tunnetaan trofoblastisoluina. Rypäleraskaus kuuluu trofoblastikasvaimien tautiryhmään. Trofoblastikasvaimilla tarkoitetaan äidin elimistössä olevia sikiöperäisiä kudossiirrännäisiä. Trofoblastikasvaimien tautiryhmään kuuluu rypäleraskauden lisäksi istukkasyöpä sekä istukkapedin trofoblastikasvain. Rypäleraskaudelle on ominaista, että epänormaalin hedelmöittymisen seurauksena alkio ja sikiö eivät kehity. Rypäleraskaudelle on myös ominaista isältä peräisin oleva kromosomien ylimäärä. (Lehtovirta 2001, 247-251.)

Kohdun täyttämä rypälemäinen kasvainkudos koostuu laajentuneista nukka- eli korionvilluksista, ja kohtu kasvaa normaaliin raskauteen nähden nopeammin ja normaalia kookkaammaksi. (Paananen ym. 2006, 387.) Kohdun nopean kasvun lisäksi rypäleraskauden oireita ovat verinen vuoto emättimestä, korkeat seerumin istukkahormonipitoisuudet sekä voimakas pahoinvointi. (Lehtovirta 2001, 247-251; Tiitinen 2013.)

Rypäleraskaus voidaan jakaa kahteen päätyyppiin; täydelliseen (*mola hydatidosa completa*) sekä osittaiseen (*mola hydatidosa partialis*) rypäleraskauden muotoon (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2010, 1; Loukovaara 2013). Kahden päätyypin lisäksi on rypäleraskauden jatkuva ja tunkeutuva muoto; invasiivinen rypäleraskaus (*mola hydatidosa invasiva / mola destruens*). (Lehtovirta 2001, 247.)

Täydelliselle rypäleraskaudelle, yleisimmälle rypäleraskauden muodolle on ominaista täysin isältä peritty kromosomisto äidiltä tulleiden kromosomien eliminoiduttua munasolusta (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2539-2540). Kohdun täyttää rakkulamaiset turvonneet villukset. Täydellisessä rypäleraskaudessa alkiota ei ole havaittavissa, ja sikiötä ei kehity.

Osittaiselle rypäleraskaudelle on ominaista äidiltä 2/3 ja isältä 1/3 perityt kromosomit, ja vain osa kohdun villuksista ovat turvonneita. Osittaisessa rypäleraskaudessa voidaan havaita useita vaikeita kehityshäiriöitä omaava sikiö tai sikiön osia.

Invasiivisessa rypäleraskaudessa sairaus tunkeutuu poikkeuksellisen syvälle kohdun seinämään ja sitä kautta saattaa aiheuttaa hengenvaarallisen vatsaontelon verenvuodon tai vaikutuksia viereisiin kudoksiin. Invasiiviselle muodolle on ominaista taudin leviäminen kohdunkaulaan, ulkosynnyttimiin ja emättimeen. Villusten turpoaminen on vähäisempää tai villukset ovat vaikeammin havaittavissa niiden ollessa syvällä kohdun seinämässä. Invasiivinen rypäleraskaus on harvinainen, sillä rypäleraskaus havaitaan usein varhaisessa vaiheessa. (Lehtovirta 2001, 247-249.)

3.2 Potilasohje

Potilasohjeella tarkoitetaan kirjallista tuotosta, jonka avulla potilas tai hänen läheisensä saavat tarvitsemaansa tietoa sairaudesta sekä siihen liittyvistä tutkimuksista ja hoitomenetelmistä. Potilasohje pyrkii vastaamaan potilaan tiedon tarpeisiin, ja on oleellista, että potilasohjeen tieto on todenmukaista ja ajantasaista. (Lipponen 2006, 10-11, 66.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa antamaan potilaalle selvityksen hänen terveydentilastaan, hoidosta ja hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä asioista, jotta potilas voisi osallistua hoidon suunnitteluun paremmin. Myös potilasohjeen antaman tiedon tulisi rohkaista potilasta osallistumaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon ja tukea potilaan itsehoitovalmiuksia. Kirjalliset potilasohjeet ovat nousseet tärkeään osaan, sillä hoitoaikojen lyhentyessä henkilökohtaiseen ohjaukseen ei ole käytettävissä enää yhtä paljon aikaa. (Lipponen 2006, 10-11, 66.) Erityisesti poliklinikoilla kirjalliset potilasohjeet kuuluvat olennaisesti potilasohjaukseen. (Ahonen ym. 2012, 34,36.)

Sairastuminen aiheuttaa epävarmuuden ja turvattomuuden tunnetta, jolloin on erityisen tärkeää, että potilasta sekä hänen läheisiään huomioidaan riittävästi. Potilasohje voi toimia hyvänä ahdistuksen ja pelon lievittäjänä, jos potilas kokee ohjeen itselleen läheiseksi ja hyödylliseksi. Potilasohjeen lukija haluaa tietää, miten sairautta ja sen mahdollisesti aiheuttamia oireita hoidetaan. Tieto tulee tarjota potilaalle lauserakenteiltaan mahdollisimman selkeästi ja yleiskielisesti, jotta turvataan ohjeen ymmärrettävyys. (Hyvärinen 2005, 1769.) Asioiden esittämistapa on tärkeä, sillä ohjeiden ensisijainen tehtävä ei ole käskää potilasta, vaan valmistaa häntä tulevaan hoitoon ja vastata häntä mietityttäviin kysymyksiin. (Lipponen 2006, 66.)

Hyvää potilasohjetta laadittaessa on huomioitava ensinnäkin käytännön hoitotyön tarpeet ohjata potilasta toimimaan oikein sairauteensa ja hoitoonsa liittyen, sekä potilaiden tarpeisiin vastaaminen tarvitsemansa tiedon suhteen. Hyvä potilasohje puhuttelee potilasta ja on käytännönläheinen. Potilasohjetta suunniteltaessa on sisällön lisäksi huomioitava ohjeen ulkoasu. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002.) Hyvässä potilasohjeessa hoitoa ja siihen liittyviä asioita perustellaan hyvin, koska perusteltua ohjetta noudatetaan todennäköisesti mieluummin kuin perustelematonta. (Hyvärinen 2005, 1771.)

Potilasohjeen laatimisessa yksi tärkeimmistä ymmärrettävyyteen vaikuttavista asioista on asioiden esittämisjärjestys. Asioiden esittämisjärjestyksissä potilasohjeissa voi olla eroavaisuuksia riippuen ohjeistettavan hoidon luonteesta. Asiat voivat olla esitetty aikajärjestyksessä järjestettävän hoidon mukaan tai hoidon aihepiirien mukaisesti. Potilasohjetta tehtäessä on huomioitava, mihin tilanteeseen potilasohje luodaan; sairaalassaolon ajaksi, tueksi kotona pärjäämiseen vai molempiin. (Hyvärinen 2005, 1769.)

Potilaan tukemista ajatellen olisi tärkeää, että potilasohje antaa riittävästi tietoa. Tiedon tulisi olla helposti löydettävissä potilasohjeesta. Otsikot ja väliotsikot helpottavat tiedon löytämistä. (Hyvärinen 2005, 1770.) Potilasohjeen asettelumallin ja ulkoasun kriteerit saimme opinnäytetyössämme työelämästä.

3.3 Tarkistuslista

Tarkistuslistalla tarkoitetaan muistin tukena toimivaa listaa hoidosta ja sen eri vaiheista. Tarkistuslistaan on koottu keskeisimmät ja tärkeimmät asiat, jotka täytyy huomioida hoidon edetessä. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 276.) Tarkistuslistan tavoitteet ovat potilasturvallisuuden pysyvyyden varmistaminen ja turvallisuuden saavuttamista arvostavan kulttuurin säilyttäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö, 6). Tarkistuslistojen käyttö on saanut alkunsa lentoliikenteestä, myöhemmin niitä on hyödynnetty myös anestesiahoitotyössä ja tehohoitotyössä sekä leikkaussaleissa. (Pauniahho ym. 2009.)

Tarkistuslistoja käytetään enemmän perioperatiivisella puolella, mutta tarve kehittää ja käyttää listoja on tullut ilmi sattuneiden hoitovirheiden tai läheltä piti- tilanteiden vuoksi. Nopea työtahti, monen asian samanaikainen hallinta sekä vaadittu tarkkuus ovat hoitotyölle ominaisia piirteitä, joiden apuna ja turvana tarkistuslista voi toimia. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 276.)

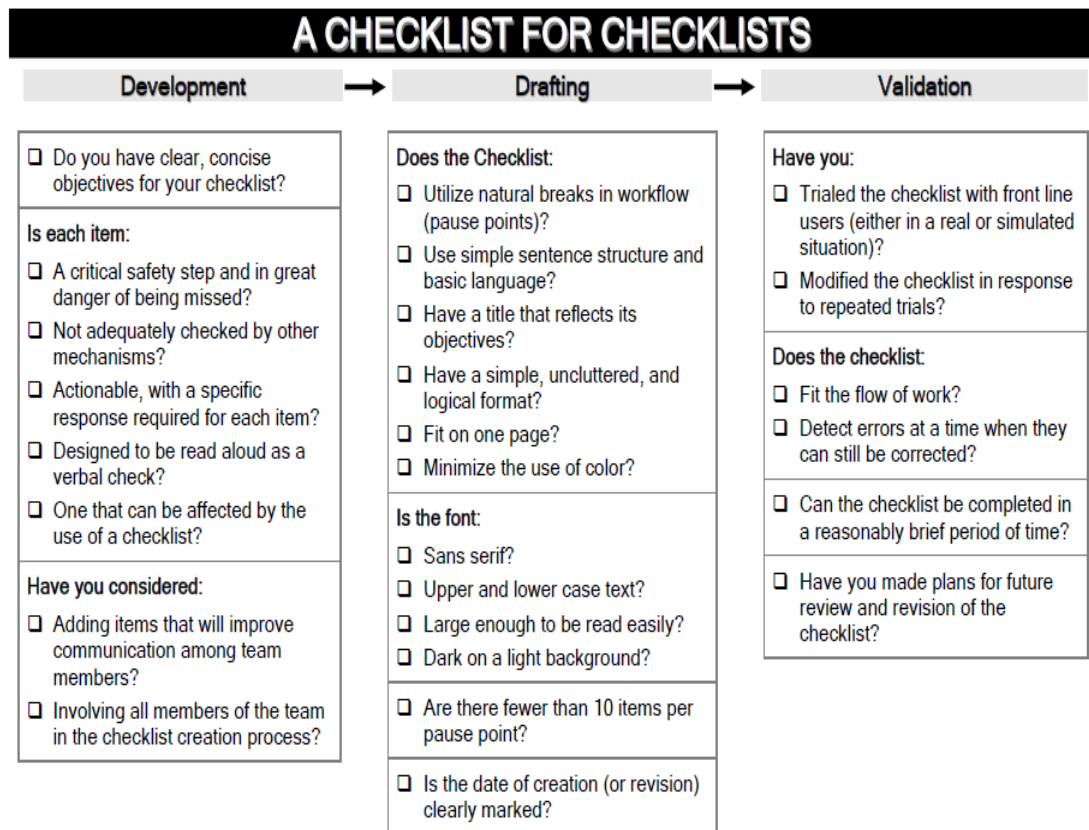
Tarkistuslistan tulee keskittyä hoitoprosessin kriittisiin vaiheisiin sekä ongelmallisiksi koettuihin hoidon poikkeamiin. Tarkistuslistan käytöstä tehdyistä tutkimuksista ilmenee, että tarkistuslistan käyttö on vähentänyt esimerkiksi haavainfektioita, uusintatoimenpiteitä sekä kuolleisuutta. (Pauniahho ym. 2009.) Tarkistuslistan on muistin tukemisen lisäksi tarkoitus toimia myös työtä helpottavana työkaluna. Sen käytön myötä hoi-

toprosessi helpottuu ja tulee sujuvammaksi. Tarkistuslistaa voidaan myös myöhemmin käyttää varmistamaan, että kaikki tarvittavat hoitopolun vaiheet on tehty tai käyty läpi. (Takala ym. 2009.) Tarkistuslistaa voi muokata yksikön tehtävien mukaiseksi ja yksikkö voi lisätä siihen tärkeäksi kokemiaan tarkistusvaiheita. Oikein suunniteltuna ja oikein käytettynä tarkistuslista luo perustaa turvalliselle hoitotyölle. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 6.)

Tarkistuslistan käytöstä on paljon hyötyä hoitotyössä. Parhaimmillaan se tukee muistin lisäksi hoitajan kuuntelutaitoa, tiedon jakoa, ryhmähengen luomista ja valppautta. Tarkistuslista luo turvallisuuden lisäksi järjestelmällisyyttä sekä kurinalaisuutta. Ennen kaikkea tarkistuslistan on sanottu parantavan hoitotyön turvallisuutta ja edistävän potilasturvallisuutta. Virheet ja erehdykset ovat hoitajalta inhimillisiä, eikä työntekijän keskittymis- ja vireystila ole aina parhaat mahdolliset. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 286-287.)

Tarkistuslista on sijoituksena halpa, eikä sillä ole suoria haittavaikutuksia. Leikkaustien tarkistuslista on tullut jäädäkseen. Sen käyttö vähentää toistuvasti sattuvia vakavia virheitä, kuten väärän raajan leikkaamista, mutta myös harvinaisempia virheitä. Virheilistä on tarkistuslistan avulla välttytty ja siten se puolustaa paikkaansa potilasturvallisuuden edistäjänä. (Salmenperä & Hynynen 2013.) WHO:n (2013) mukaan tarkistuslistoja ollaan kehittämässä myös mm. synnytysaleihin, vastasyntyneiden hoitoon sekä traumaan hoitoon. Tarkistuslistoja voisi siis hyödyntää laajastikin hoitotyössä.

WHO:lle turvallisen kirurgian tarkistuslistan suunnitellut Atul Gawande (2009, 97-100) esittelee teoksessaan hyvän tarkistuslistan kriteerit. Hyvä tarkistuslista on tarkka, ytimekäs, helppokäyttöinen, käytännöllinen ja muistuttaa vain tärkeimmistä työvaiheista. Tarkistuslistan olisi hyvä sisältää vain 5-9 kohtaa, mutta tämä voi vaihdella tehtävän ja keston mukaan. Rakenteeltaan hyvä tarkistuslista sopii yhdelle sivulle, on kieleltään tarkkaa ja yksinkertaista ja ulkoasultaan siisti ja helppolukuinen. Tarkistuslista olisi hyvä myös testata oikeassa käytössä ennen virallista käyttöönottoa. Gawande (2009) esittelee teoksensa liitteenä myös tarkistuslistojen tarkistuslistan (kuva 1), jossa käydään läpi asiat, jotka tarkistuslistoissa tulisi olla ja sen suunnittelussa muistaa huomioida. Listassa selvitetään suunnitteluun, luonnosteluun ja tarkistuslistan testaamiseen liittyvät asiakohdat.



Please note: A checklist is NOT a teaching tool or an algorithm

Last updated 1/14/10

KUVA 1. Tarkistuslistojen tarkistuslista (Gawande 2009)

3.4 Yksilöllisyys

Yksilöllisyys on käsitteenä monimuotoinen. Se voidaan ajatella välineeksi saavuttaa jokin tulos hoidon toimintatapana, lähestymistapana tai periaatteena. Yksilöllinen hoito on potilaaseen ja hänen sen hetkiseen terveydentilaansa kohdistuvaa hoitoa. (Suhonen, Puro & Leino-Kilpi 2006, 5251-5253.) Hoidon tulee yksilövastuiseen hoitotyön periaatteen mukaan olla yksilöllistä, kokonaisvaltaista, koordinoitua ja jatkuvaa. (Niemi 2006, 26.) Yksilöllisyydessä korostuu ajatus ihmisestä ainutlaatuisena ja yksilöllisenä persoonana. Yksilöllisyys tuo mukanaan vapauden ja valinnan mahdollisuudet, mutta myös vastuuta omasta elämästä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 13.)

Poliklinikan vastaanotolla on helpompi toteuttaa yksilöllistä hoitotyötä kuin esimerkiksi vuodeosastolla, sillä vastaanotolla huomioidaan potilaita usein yksitellen. (Suhonen ym. 2006, 5251-5253.) Jotta hoito toteutuisi yksilöllisyyden periaatteen mukaisesti, tulee omahoitajaksi valitun sairaanhoitajan toimia vastuullisesti. Yksilöllinen hoito edellyttää hoitajalta potilaan tuntemista. Tuntemisella tässä tapauksessa tarkoitetaan potilaan tarpeiden, tapojen, toiveiden, toimintojen, kykyjen ja luonteenpiirteiden tunnistamista. Yksilöllinen hoito on mahdollista, kun hoitaja huomioi potilaan kokemukset, tunteet ja odotukset ja kohtaa hänet ainutkertaisena yksilönä. Hoitajan tulee antaa potilaalle mahdollisuus valita eri toimintatavoista itsellensä parhaiten sopiva tapa, muutoin potilas voi pyrkiä sopeutumaan hoitajan rutiineihin. (Niemi 2006, 26.) Hoidon yksilöllisyys saavutetaan, kun valitaan hoito, joka ottaa huomioon potilaan fyysisen sekä psyykkisen toimintakyvyn, sosiaalisen verkoston ja elämäntilanteen sekä terveydentilan merkityksen potilaalle. Hoito valitaan ja räätälöidään siis yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Suhonen ym. 2006, 5251-5253.)

Hoidon yksilöllisyys on yksi terveydenhuollon laatua kuvaavista osoittimista ja potilas-kontaktien lähtökohta. Terveydenhuollon perustehtävä on hyvin yksilölähtöinen, sillä terveydenhuolto pyrkii tukemaan ihmistä oman terveytensä ylläpitämisessä ja saavuttamisessa. Yleensä yksilö pyrkii vaalimaan terveyttään ja hoitamaan itseään omin neuvoin. Terveydenhuollon palveluiden tulee mahdollistaa yksilöllisyys ja siihen perustuvat valinnat. (Suhonen ym. 2006, 5251-5253.)

Terveydenhuoltoon tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta luovat yhteiset hoitosuosituksukset, jotka ovat kuitenkin vain yleistyksiä, ja eivät sovellu sellaisenaan yksittäisiin potilaisiin. (Niemi 2006, 25–26.) Hoitosuosituksia ja yksilöllistä hoitoa ei kuitenkaan tule ajatella vastakohdiksi. Hoitosuositusten avulla pyritään näyttöön perustuvan, oikeudenmukaiseen ja tasa-arvoiseen hoitoon. Olennaista niiden käytössä on pyrkiä niiden yksilölliseen soveltamiseen. (Suhonen ym. 2006, 5251-5253.)

Jokainen potilas tulee ajatella ainutkertaiseksi yksilökseen omassa elämäntilanteessaan. (Niemi 2006, 25–26.) Tutkimusten mukaan potilaat, jotka ovat kokeneet saaneensa yksilöllistä hoitoa, ovat hoitoonsa tyytyväisempiä. Tyytyväisyyden nähdään lisäävän potilaan sitoutumista hoitoonsa. Yksilöllinen hoito voi parantaa myös potilaan terveydentilaa ja koettua elämänlaatua. (Suhonen ym. 2006, 5251-5253.)

3.5 Perhekeskeisyys

Perhe voidaan määritellä hyvin eri tavoin. Perheen jäsenet voivat olla sidoksissa toisiinsa biologisen perustein, kuten esimerkiksi ydinperheessä vanhemmat ja lapset, tai juridisesti, kuten avioliitossa tai sen omaisessa suhteessa elävä pariskunta. Perhe voi muodostua monella muullakin tavalla. Yksineläjän perhe saattaa määräytyä emotionaalisin perustein eli hänen perhettään voivat olla toisessa osoitteessa asuvat ihmiset, jotka ovat hänelle läheisimpiä. Perheenjäsenten suhteet ja tunnesiteet voivat olla tärkeämpiä kuin juridiset tai biologiset siteet. Perheet muodostuvat yhä enemmän ihmisten omien valintojen ja tietoisien ratkaisujen kautta, eivätkä vain noudattaen yhteiskunnallisia normeja. Subjektiivisen määrittelyn kautta muodostettu käsite perheestä voi olla hyvin monimuotoinen sekä käytännössä korostaa sitä, että yksilö voi itse määritellä asiantuntijana oman perheensä. (Hakulinen, Koponen & Paunonen 1999, 33; Åstedt-Kurki ym.2009, 11-13.)

Hoitotyössä yksilön sairautta hoidettaessa tai hyvinvointia tukiessa perhe voidaan ottaa huomioon eri tavoin. Perhe voidaan ajatella potilaan taustatekijäksi, jäsentensä summaksi tai hoitotyön asiakkaaksi. Perheen ollessa asiakkaana, huomioidaan enemmän perhettä yksikkönä kuin yksilöitä. Yksilöä hoidettaessa perhe toimii taustatekijänä. (Niemi 2006, 33-34.) Perhekeskeisen ajattelun mukaan perhettä pidetään potilaan taustatekijänä, ja potilas on hoidossa keskeisin. Perhe kuitenkin otetaan huomioon potilaan hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa. Perhekeskeisellä hoitotyöllä tarkoitetaan hyvää hoitamista, jossa huomioidaan koko perhe. Hoidossa pyritään selvittämään potilaan ja tämän perheen tarpeet ja vastamaan niihin mahdollisimman hyvin. (Hakulinen ym. 1999, 33; Niemi 2006, 34; Åstedt-Kurki ym.2008,31.) Perhe tulee nähdä potilaan hoitamisessa hyödynnettävänä voimavarana (Niemi 2006, 34).

3.6 Potilasohjaus

Potilasohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka tapahtuu terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan vuorovaikutteisessa suhteessa. Potilasohjaus kuuluu olennaisena osana hoitotyöhön. Se kulkee mukana potilaan koko hoitoprosessin ajan. Hoitoaikojen lyhentyessä potilasohjauksen laatu korostuu entisestään, sillä hoitajalla on vähemmän aikaa ohjata potilasta ennen hänen kotiuttamistaan. (Lipponen, Kyngäs & Kää-

riäinen 2006, 1; Ohtonen 2006.) Lyhyet hoitoajat asettavat haasteita ohjaukselle, ja potilaiden ohjaaminen haasteellisissa tilanteissa edellyttää hoitajalta ohjauksen tunnistamista ja tiedostamista sekä omien lähtökohtiensa tunnistamista. Hoitajan on luotava käsitys siitä, mitä ohjaus on ja miten hän ohjaa potilasta. Mikäli hoitajalla on selvillä omat valmiutensa, hänellä on mahdollisuus kiinnittää huomiota potilaan taustatekijöihin. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Ohjauksen lähtökohta on potilaan ja hoitajan taustatekijöiden huomioinnissa. Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät koostuvat fyysisistä ja psyykkisistä ominaisuuksista sekä sosiaalisista ja muista ympäristötekijöistä. Fyysisistä ominaisuuksista muun muassa ikä, sukupuoli, sairauden kesto ja laatu sekä sen vaikutus potilaan elämään vaikuttavat ohjaustarpeeseen. Psyykkisistä ominaisuuksista eniten ohjaustarpeeseen vaikuttavat potilaan motivaatio, terveystokokemukset- ja uskomukset, oppimistyyli- ja valmiudet sekä omat odotukset. Myös hoitajan motivaatio ja valmiudet vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Merkittävät taustatekijät muodostuvat sosiaalisista, kulttuurisista, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä. Nämä taustatekijät vaikuttavat eniten potilaan toimintaan. Ympäristötekijöistä ohjaukseen vaikuttavat eniten ohjaustilanne ja sen häiriöt ja esteet. Paras ohjausympäristö on häiriötön ja siellä on saatavilla ohjaukseen liittyvää materiaalia. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Avohoidon lisääntyessä on tärkeää kyetä kohtaamaan potilaiden tarpeet ja varmistaa, että itsehoito-ohjeet ymmärretään oikein. Kaikki potilaat eivät omaksu ohjausta yhtä nopeasti, ja sairaanhoitajan tulisi varmistaa aina, että ohjaus on ymmärretty ja tarvittaessa toistaa ohjaustilanne. (Lipponen ym. 2006, 1; Ohtonen 2006.) Oppimistyyli- ja valmiudet voivat potilaiden kesken olla erilaisia, ja oppimistyylin tunnistaminen edellyttää hoitajan perehtymistä potilaan taustatekijöihin (Kääriäinen & Kyngäs 2006).

Potilasohjauksessa käytetään hyödyksi tutkittua ja hyväksi havaittua tietoa, ja siinä korostuvat erityisesti sairaanhoitajan persoonalliset taidot ja luovuus. Potilasohjaustilanteet eivät ole samanlaisia, ja jokaisen potilaan tilanne on erilainen, ja se tulee ottaa ohjauksessa huomioon. (Lipponen ym. 2006, 1; Ohtonen 2006.) Ohjauksessa painotetaan potilaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointia, hänen ja hoitajan asiantuntijuuden jakamista sekä potilaan omaa vastuuta oppimisesta ja tehdyistä valinnoista. Potilas on ohjaustilanteessa oman tilanteensa asiantuntija. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Ohjauk-

sen tavoitteena on tukea potilaan omia voimavaroja, lisätä aktiivisuutta ja tavoitteellisuutta sekä vastuunottoa omasta toipumisesta ja tukea hyvään omahoitoon. (Lipponen ym. 2006, 1; Ohtonen 2006.)

Hyvä potilasohjaus edistää paranemista. Ohjauksella on vaikutusta potilaan ja hänen omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Riittävä ohjaus parantaa potilaiden hoitoon sitoutumista ja sopeutumista sairauteen. Ohjauksella on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia myös kivun hallintaan, itsehoitoon ja arkipäivästä selviytymiseen. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa tapahtuva ohjaus vähentää sairauksien aiheuttamia negatiivisia tunteita, kuten pelkoa, ahdistusta ja epävarmuutta. (Lipponen ym. 2006, 1; Ohtonen 2006.) Ohjauksen vaikutuksen saavuttamiseksi on tärkeää kiinnittää huomiota myös arviointiin ja erityisesti ohjauksesta kirjaamiseen (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Myös ohjauksesta kirjaamiseen voi liittää ajatuksen ”mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty”.

3.7 Hoidon jatkuvuus

Opinnäytetyössä hoidon jatkuvuudella tavoitellaan lähinnä hoidon porrastusta sairaanhoidopiiriin sisällä. Porrastusta helpottamaan on luotu diagnoosikohtaisia hoitoketjuja, jotka ovat käytännössä kirjallisia suunnitelmia potilaan hoidosta. (Nuutinen 2000, 1821.) Hoitoketju voidaan ajatella työkaluksi, jonka avulla määritellään terveydenhuollon ja sosiaalitoimen työnjako sekä yhteistyö tietyn terveysongelman tai sairauden hoidossa. Hoitoketju sisältää hoitoon liittyvät yksilölliset ja suunnitelmalliset toiminnot. (Holmberg-Mattila, Länsipuro, Kuusisto & PSHP:n perusterveydenhuollon yksikkö 2012, 2.)

Hoitoketjun lääketieteellisen tiedon tulisi mukailla valtakunnallista hoitosuositusta. Hoitoketjut usein ymmärretään perusterveydenhuollon ja erityissairaanhoidon sopimukseksi moniammatillisesta hoitotyöstä, mutta hoitoketjuja kannattaisi hyödyntää yhä enemmän myös erikoisalojen välisessä työnjaossa. Tärkeintä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä on, että yhteinen potilas hoidetaan näyttöön perustuvien lääketieteellisin menetelmin oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan. (Nuutinen 2000, 1821.)

Hoidon porrastuksella tavoitellaan laadukkaan hoidon kokonaisuutta, jossa potilaan, eri hoitoportaiden ja yhteiskunnan edut ja tavoitteet ovat tasapainossa ja resurssit parhaalla mahdollisella tavalla käytössä. Perusterveydenhuollossa olisi tärkeää olla selvillä, miten potilaan hoito ja diagnostiikka järjestetään, kun tulee konsultoida erikoissairaanhoitoa. Erikoissairaanhoidon on ratkaistava, miten jatkohoito ja seuranta voidaan järjestää kaikkien osapuolien kannalta järkevästi ja taloudellisesti. Sairaanhoitopiirit pitävät tärkeänä hoitoketjujen kehittämistä, sillä niiden avulla hoitokäytänteet kehittyvät ja päällekkäisiä toimintoja voidaan paremmin välttää. (Nuutinen 2000; 1821.) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella hoitoketjuista vastaa perusterveydenhuollon yksikkö (PETE) (Holmberg-Mattila ym. 2012, 4).

Potilaan ja hänen omaistensa kannalta hoidon jatkuvuus on tärkeää. Haasteina hoidon jatkuvuudessa voidaan nähdä muun muassa organisaatorajat, tietojärjestelmien aiheuttamat ongelmat ja rahoituskysymykset. Hoidon jatkuvuuteen pyritään nykyään monin tavoin, ja teknologian hyödyntäminen näkyy myös tässä. Potilaalle voidaan lähettää tekstiviestimuistutus sovitusta tapaamisajasta, sähköpostitse vastataan potilaiden kysymyksiin, laboratoriotuloksia ilmoitetaan tekstiviestein ja sähköpostilla. Myös videokeskustelu onnistuu kauempana asuvien potilaiden kanssa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Hoitoketjun lisäksi myös tarkistuslistan käyttö edistää hoidon jatkuvuutta, sillä se on lista hoidon eri vaiheista sekä keskeisistä ja tärkeistä asioista, jotka tulee huomioida ja muistaa hoidon edetessä (Aaltonen & Rosenberg 2013, 276). Rypäleraskauteen liittyen ei ole löydettävissä hoitoketjua. Yleensä hoitoketjuja on luotu sellaisiin tilanteisiin tai sairauksiin, jotka ovat yleisiä ja auttavat siten hyvin montaa eri terveydenhuollon toimijaa. Rypäleraskauden hoito ja seuranta on keskitetty erikoissairaanhoitoon, mutta näemme tärkeänä, että myös harvinaiselle sairaudelle olisi olemassa selkeät hoito- ja toimintaohjeet. Toiveena on, että tulevaisuudessa rypäleraskaudestakin tehtäisiin hoitoketju tai muu selkeä hoitotyön suunnitelma. Tarkistuslista helpottaa työntekijää, sillä siihen on koottu tärkeimmät asiat, jotka on hyvän hoidon kannalta oleellista muistaa. Opinnäytetyömme tarkistuslistan tehtävä on parantaa hoidon jatkuvuutta.

4 TUOTOKSEEN PAINOTTUVAN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tuotokseen painottuva opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulu antaa vaihtoehdon tutkimuksellisen opinnäytetyön sijaan tehdä myös toiminnallisen opinnäytetyön. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena voi olla toiminnan ohjeistaminen, järjestäminen tai järjeistäminen sekä toiminnan ohjaus ja opastaminen. Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena voi olla siis joko toiminnallinen tapahtuma tai vaikkapa potilasohje tietylle potilasryhmälle. Tuotokseen painottuvasta opinnäytetyöstä puhutaan, jos työn tuloksena syntyy jokin konkreettinen tuotos. (Vilka & Airaksinen 2004, 9.)

Vilkan ja Airaksisen (2004) mukaan opinnäytetyön tulee olla käytännönläheinen ja työelämälähtöinen sekä osoittaa alan tietojen ja taitojen hallintaa. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on, että opiskelija osaa yhdistää teorian tietoa ja käytännön osaamista. Osaamisen kautta opiskelija kehittyy ammatillisesti.

4.2 Tuotosten kuvaus

Opinnäytetyön tuotoksen suunnittelussa on otettava huomioon kohderyhmä ja sen tarpeet (Vilka & Airaksinen 2004, 38–40). Opinnäytetyömme koostuu kahdesta tuotoksesta, jotka on suunnattu eri kohderyhmille; ohje potilaalle ja tarkistuslista hoitajille. Suunniteltaessa tuotosten sisältöä ja ulkoasua otimme huomioon kohderyhmien erityispiirteet ja niiden tarpeet. Potilasohje tehtiin työelämäyhteyden määrittelemien kriteerien mukaan. Potilasohje tehtiin valmiiseen PSHP:n potilasohjepohjaan. Tarkistuslistan sisällön suunnittelussa otimme huomioon työelämän toiveet ja käytänteet. Tarkistuslistan teimme työelämän toiveen mukaan PSHP:n Intraan soveltuvaksi. Emme löytäneet selkeitä ohjeita tarkistuslistan ulkoasusta, joten hahmottelimme tarkistuslistan ulkoasultaan oman näkemyksemme mukaan yksiselitteiseksi ja selkeäksi kokonaisuudeksi hyödyntäen myös eri värisävyjä eri vaiheiden erottamiseksi.

4.2.1 Potilasohjeen sisältö

Ohjeiden laadinnassa on tärkeää ottaa huomioon sekä laitoksen että potilaan tarpeet. Potilas tavoittelee olennaista tietoa ja laitos pyrkii siihen, että potilas toimisi oikein. (Torkkola ym. 2002, 35.) Potilasohjeen sisällön suunnittelussa huomioitiin potilaan tiedon tarpeet ja annettu tieto oli potilaalle oleellista. Sairaalan tavoitetta on potilasohjeessa tuettu ohjaamalla potilasta toimimaan tietyin tavoin.

Potilasohje pyrkii vastaamaan potilaan tiedon tarpeisiin, ja on oleellista, että potilasohjeen tieto on todenmukaista ja ajantasaista. (Lipponen 2006, 10-11, 66.) Opinnäytetyön potilasohjeeseen koottu tieto kerättiin eri lähteistä. Lähteitä löytyi runsaasti ja pyrki- myksenä oli löytää mahdollisimman uusia lähteitä, jotta tieto olisi ajantasaista. Hoito- käytänteet ovat kuitenkin vielä vajavaiset, joten yhtenäisiä hoito-ohjeita oli hankala löy- tää. Potilasohjeen sisältö tarkistutettiin ja hyväksytettiin PSHP:n naistentautien vastuu- alueen lääkäreillä.

Potilasohjeesta tulee selvitä, kenelle se on tarkoitettu (Torkkola ym. 2002, 25). Hyvä potilasohje myös puhuttelee lukijaansa. Annettaessa käytännön toimintaohjeita on pu- huttelu erityisen tärkeää. Ohjeesta saa puhuttelevamman ja henkilökohtaisemman, kun käyttää tekstissä tai otsikossa ilmaisuna ”Ohje sinulle, joka saat hoitoa...”.. (Hyvärinen 2005, 1770.) Teitittely on aina potilasohjeessa sopivaa. Passiivin käyttö ei välttämättä välitä lukijalle sitä, että teksti on kirjoitettu juuri hänelle. Suoralla puhuttelulla ei tarkoi- teta kuitenkaan käskemistä, vaan ohjeita ja niiden perustelua. (Torkkola ym. 2002, 25- 27.) Opinnäytetyömme potilasohjeen otsikko ”Sinulle, jolla on todettu rypäleraskaus” kertoo heti, kenelle ohje on suunnattu. Puhuttelemmme myös tekstissä potilasta, kun ha- luamme ohjata häntä henkiseen hyvinvointiin liittyen. Sairaudesta kerromme kuitenkin enemmän yleisellä tasolla, sillä sairauden oireet ja hoito ovat vaihtelevia ja yksilöllisiä.

Ohjeen tulee olla yksilöllisesti tekijänsä näköinen (Torkkola ym. 2002, 35). Potilasohje on tehty PSHP:n ohjeiden mukaisesti ja valmiita ohjepohjia hyödyntäen, sillä ohje on tarkoitettu sairaalan käytettäväksi ja kuvaamaan pääasiallisesti sitä, eikä Tampereen ammattikorkeakoulua ja opinnäytetyön tekijöitä.

Ohjeiden tulisi edetä tärkeimmästä asiasta vähemmän tärkeään asiaan (Torkkola ym. 2002, 39-40). Otsikot ja väliotsikot helpottavat ohjeen lukemista (Hyvärinen 2005, 1770). Pääotsikko kertoo tärkeimmän asian ja väliotsikot auttavat tekstin lukemisessa loppuun saakka (Torkkola ym. 2002, 39-40). Kappalejaon ja informaation järjestely esimerkiksi luotelman tai listan muodossa voivat helpottaa lukijaa. Luettelien suhteen tulee kuitenkin olla kriittinen, varsinkin jos luotelmat ovat pitkiä, sillä silloin luettavasta tekstistä voi tulla raskasta. (Hyvärinen 2005, 1770.) Opinnäytetyömme potilasohjeen otsikot etenevät lähinnä loogisessa järjestyksessä, sillä tiedon sisäistäminen on siten helpompaa. Luetelmia käytämme vain ohjeen lopussa antaessamme tukitahojen yhteystietoja.

Potilasohjeiden kuvitus parhaimmillaan herättää potilaan mielenkiinnon ja auttaa ymmärtämään paremmin (Torkkola ym. 2002, 40-43). Kuvat rohkaisevat myös lukemaan ohjetta ja kuvat voivat parhaimmillaan kertoa paljon enemmän kuin sanat (Forth valley primary care NHS trust. 2003). Kuvilla tulisi olla kuvatekstit. Myös kuvien tekijänoikeus on huomioitava. Kuvat eivät saa olla ketään loukkaavia. (Torkkola ym. 2002, 40-43). Tekemäämme potilasohjeeseen ei tullut kuvaa, koska päätimme yhteistuumin työelämän kanssa, ettei se ole kyseiseen ohjeeseen tarpeellista.

4.2.2 Potilasohjeen ulkoasu

Potilasohjeen ulkoasuun vaikuttava ohjeistus tuli työelämästä. Työelämä antoi potilasohjeen taitto-ohjeet ja noudatimme ohjeita mahdollisimman hyvin, sillä halusimme potilasohjeen olevan PSHP:n muiden ohjeiden kanssa yhdenmukainen.

Hyvän potilasohjeen ulkoasun lähtökohtana on sen taitto. Taitolla tarkoitetaan sitä, miten teksti ja kuvat on aseteltu. (Torkkola ym. 2002.) Tuotoksen tulisi lukiessa olla helppo pitää kädessä. A5-kokoinen ohje on helpompi pitää kädessä kuin A4-kokoinen ohje. (Forth valley primary care NHS trust. 2003.) Potilasohjeet ovat yleensä yksi- tai kaksisivuisina A4-kokoisia ja, kun sivuja on enemmän, toimii A5-kokoinen ohje paremmin (Torkkola ym. 2002). A5-kokoinen ohje on helpompi pitää kädessä kuin A4-kokoinen ohje (Forth valley primary care NHS trust. 2003). Opinnäytetyömme potilasohjeesta tuli PSHP:n antamien ohjeiden mukaan A5-kokoinen.

On helpompaa ja nopeampaa lukea lyhyitä kappaleita kuin pitkiä. Lyhyiden kappaleiden lukeminen on myös houkuttelevampaa. (Forth valley primary care NHS trust. 2003.) Opinnäytetyömme potilasohjeessa lähes kaikki kappaleet ovat lyhyitä eli vain 2-6 riviä pitkiä.

Kannattaa myös käyttää otsikoita, väliotsikoita ja luettelointia jäsentämään kirjoitettua tietoa. (Forth valley primary care NHS trust. 2003.) Otsikon tulee olla selkeä ja lyhyt ja sen voi erottaa muusta tekstistä lihavoinnilla, suuraakkosilla tai eri fonttikooalla. Alleviivaukset puolestaan heikentävät luettavuutta ja ohjeen ulkoasua. (Torkkola ym. 2002.) Potilasohjeessa on pääotsikko ja useampi väliotsikko. Otsikot ovat lyhyitä ja kysymysmuodossa ilmaistuja. Pääotsikko on kokoa 14 ja väliotsikot leipätekstin kanssa samaan kokoa, mutta ne ovat tummennettuja.

Potilasohjeiden kirjasintyypiksi valitaan helposti luettava ja taustastaan erottuva kirjasintyyppi. Ominaisuuksiltaan parhaiksi on todettu Ariel ja Times New Roman. (Torkkola ym. 2002.) Työelämästä saatujen ohjeiden mukaisesti käytimme potilasohjeessa Ariel kirjasintyyppiä ja leipätekstissä kokoa 10.

4.2.3 Tarkistuslistan sisältö

Tarkistuslistan on tarkoitus toimia työtä helpottavana työkaluna. Sen käytön myötä hoitoprosessi helpottuu ja tulee sujuvammaksi. Tarkistuslistaa voidaan myös myöhemmin käyttää varmistamaan, että kaikki tarvittavat hoitopolun vaiheet on tehty tai käyty läpi. (Takala ym. 2009.) Kronologisuus eli aikajärjestyksellisyys on huomioitava tarkistuslistaa tehdessä, jotta listan käyttäminen olisi mielekästä hoitajille. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 287-288.)

Opinnäytetyömme myötä syntyneen tarkistuslistan nimeksi muodostui ”Rypäleraskauspotilaan hoitotyön tarkistuslista”. Listassa on viisi vaihetta, joissa hoidon eri vaiheet käydään aikakronologisesti läpi. Vaiheet etenevät aikajärjestyksessä; ennen kaavintaa, kaavinnan jälkeen, ensimmäisellä hoitojaksolla sekä jatkoseurannan alkaessa. Lisäksi on vielä yksi vaihe ”Tilannekohtainen selvitys ja varmistus”, joka tulee käydä läpi ja

varmistaa hoidon joka vaiheessa. Se sisältää asiat, jotka on hyvä muistaa aina rypäleraskauteen sairastunutta naista hoidettaessa.

Tarkistettavat kohdat tulee esittää ymmärrettävillä termeillä, ja ne tulisi esittää samassa muodossa (esimerkiksi lyhyinä kysymyksinä). (Aaltonen & Rosenberg 2013, 287-288.) Tarkistuslistassa käytetyt asiasanat ovat samassa muodossa, mutta niitä on lisäksi avattu tarkemmin apukysymyksillä.

Saimme naistentautien vastuualueen hoitajilta käytännöllisiä asiakohtia tarkistuslistaan. Nämä asiakohdat tulivat rypäleraskauteen sairastuneen potilaan käytännön hoitotyön pohjalta. Emme ole avanneet tarkistuslistan vaiheisiin niiden sisältämiä kohtia yksityiskohtaisesti, koska oletamme hoitohenkilökunnan ottavan omatoimisesti niistä asioista selvää, jotka eivät ole tuttuja tai rutiininomaisia. Tarkistuslistan sisältö pysyi näin ollen selkeänä ja mahdollisimman lyhyenä.

Opinnäytetyömme tarkistuslistan *ensimmäinen vaihe* ”Ennen kaavintaa” sisältää toimenpiteeseen eli kaavintaan liittyvän ohjauksen ja potilaan valmistelu- kohdan. Tässä vaiheessa mainitaan esilääkkeen tarpeen huomioiminen. Muistutamme tässä hoidollisessa vaiheessa hoitajaa antamaan potilaalle potilasohjeen, ellei sitä ole vielä annettu. Ennen kaavintaa otetaan myös tarvittavat verikokeet ja thorax- kuva. Viimeinen tarkistuslistan Vaihe 1- kohdista varmistaa sen, että hoitaja ottaa puheeksi potilaan kanssa hakijan ja, että potilaalla on kaavinnan jälkeen vaadittava seura yöksi mahdollisten kaavinnan jälkeisten komplikaatioiden tai huonovointisuuden vuoksi.

Tarkistuslistan *toinen vaihe* ajoittuu *kaavinnan jälkeiseen* hetkeen. Hoitajalle tarkoitettuja muistettavia ja tarkistettavia asioita on tässä vaiheessa enemmän ensimmäiseen verrattuna. Neljä tuntia kestäväan osastolla tapahtuvaan seurantaan liittyviä tarkistettavia asioita ovat: vuodot, virtsaus, verenpaine ja syke, yleisvointi, ruokailun onnistuminen sekä pahoinvoinnin tarkkailu. Kaavinnan jälkeisessä tarkistuslistan vaiheessa käydään potilaan kanssa läpi kotiseurantaohjaus, mahdollisen sairasloman tarpeellisuus sekä kipulääkityksen tarve (reseptit). Lisäksi potilaan kanssa tulisi keskustella hCG-jatkoseurannasta. Tarkistuslista muistuttaa hoitajaa kotihoito-ohjeisiin liittyen siten, että ohjeet tulisi saada kirjallisena ja suullisena. Tarkistuslistan toisen vaiheen lopussa on

kohta jossa pyydetään hoitajaa varmistamaan potilaan olevan tietoinen jatkohoidosta ja ehkäisyasioiden olevan kunnossa.

Tarkistuslistan *kolmas vaihe "Ensimmäisellä hoitajaksolla"* pitää sisällään paljolti solunsalpaajahoidon saavan potilaan ohjauksessa huomioitavat asiat. Näitä ovat: antaa potilaalle kirjallinen opas solunsalpaajista sekä antaa suullista ohjausta solunsalpaajahoidosta. Potilasta voidaan auttaa sairastumisesta johtuviin mahdollisiin taloudellisiin menoihin kohdistuvissa huolissa tarjoamalla sosiaalityöntekijän konsultointimahdollisuutta. Tämän lisäksi tarkistuslistaan on laitettu Kelan etuuksien huomiointi, matkakorvausasiat sekä Syöpäyhdistyksen tuen tarjonta. Ensimmäisellä hoitajaksolla tapahtuvaan tarkistuslistan kohtaan kuuluu myös lääkärikäynti jossa kartoitetaan sairasloman tarpeellisuus. Verikoeseurannan huomiointi on viimeinen tarkistuslistan vaiheen 3 muistettava kohta.

Tarkistuslistan *neljäs vaihe, eli "jatkoseurannan alkaessa"* pitää sisällään jatkoseurantaohjauksen, hCG- seurannan jatkumisen sekä huomion siitä, että haluaako potilas mahdollisesti keskustella lääkärin kanssa uuden raskauden mahdollisuudesta.

Opinnäytetyömme tarkistuslistan viimeinen, *viides vaihe "Tilannekohtainen selvitys ja varmistus"* on tarkoitettu ikään kuin seuraamaan koko rypäleraskauden hoitoprosessin ajan. Sitä tulisi käydä läpi ja varmistaa hoidon joka vaiheessa. Huomioitavia kohtia on paljon, mutta ajattelimme niiden listaamisella tarkistuslistaan olevan hoitajaa ja hoitotyötä helpottavaa vaikutusta. Tähän kohtaan on sisällytetty paljon ns. käytännön asioita potilasta ajatellen aina kulkuneuvojen käytöstä tukitahojen tarjoamiseen. Potilaalta pyydetään tarkistuslistassa huomioimaan tarve B-todistukselle sekä taksilapulle. Solunsalpaajien sivuoireiden vaikutusten myötä potilaalle tulee tarjota tietoa peruukin hankinnasta, henkisen tuen tahoista ja tuen tarjonnasta sekä ohjauksesta psykiatriselle sairaanhoidajalle. Tiedollinen ohjaus kuuluu tarkistuslistan viimeiseen osioon ja siihen sisältyy: lääkehoidon ohjaus, mahdollisten epäselvien asioiden puheeksi otto potilaan kanssa, parisuhteen tukeminen, seksuaalisuuden tukeminen sekä sosiaalityöntekijän tarve.

Tarkistuslistan sisältöä tehdessämme painotimme työelämän ehdotuksia siitä, mitä potilasohje sisältäisi. Arvostamme suuresti käytännön hoitotyötä, ja siitä syystä halusimme-

kin esittää tarkistuslistassa hoitotyössä hyviksi, tärkeiksi ja käytännönläheisiksi koetut asiat.

4.2.4 Tarkistuslistan ulkoasu

On mietittävä, miten tarkistuslistan käytön sujuvuus olisi parhainta. Tarkistuslista voi olla paperi- tai elektroninen versio. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 287-288.) Aluksi ajattelimme tehdä paperisen tarkistuslistan. Työelämästä kuitenkin välittyi tieto, ettei heillä potilaspapereita tai muita papereita juuri enää käytetä. Sen vuoksi aloimme kehittää elektronista tarkistuslistaa. Oli kuitenkin haaste, miten tarkistuslistan asiat olisi helpoin tietokoneelta käydä läpi, sillä hoitoprosessi voi olla pitkä ja vain hoitaja on vastuussa siitä, että käy tarkistuslistan kohdat läpi.

Hyvä tarkistuslista on lyhyt ja helppolukuinen (Aaltonen & Rosenberg 2013, 287-288). Opinnäytetyömme tarkistuslista on pystysuorassa oleva A4-kokoinen arkki. Se on helppolukuinen vaiheittain etenevän rakenteensa vuoksi. Gawanden (kts. kuva 1) mukaan tulee tarkistuslistalta ilmetä päivämäärä, jolloin versio on valmistunut. Opinnäytetyön tarkistuslistassa lukee päivämäärä, jolloin luovutimme opinnäytetyön.

Suunnittelimme tarkistuslistan tekstiosuudet kohderyhmän tarpeita vastaaviksi. Kohderyhmällä tarkoitamme hoitohenkilöstöä. Gawanden (2009) mukaan hyvä tarkistuslista mahtuu yhdelle sivulle. Opinnäytetyömme tarkistuslista on kaksisivuinen; ensimmäisellä sivulla on varsinainen tarkistuslista, ja toiselle sivulle on laitettu tarkistuslistan eri vaiheet laatikoihin ilman väriä ja muotoilua. Ensimmäinen sivu toimii hoitajan muistilistana ja toisen sivun kohdat on tarkoitettu kopioitavaksi potilastietojärjestelmään. Halusimme tehdä tuotoksestamme mahdollisimman helposti ja mukavasti käytettävän, joten varmistimme tarkistuslistan kopioimisen toimivaksi.

Tarkistuslistassa tulisi käyttää mahdollisimman vähän värejä (kts. kuva 1). Opinnäytetyömme tarkistuslistan viisi vaihetta on eroteltu toisistaan erivärisillä taustoilla, jotta tarkistuslistan eri vaiheet olisivat mahdollisimman helposti eroteltavissa. Käytimme tarkistuslistassa viittä eri taustaväriä, mutta vain saman värin eri sävyjä välttääksimme rauhatonta yleisilmettä. Pyrimme valitsemaan taustavärit hoidon etenemisen mukaan; vaaleansävyinen vihreä hoidon alussa, ja hoidon edetessä väri tummuu. Tummumisen

päätyttyä neljännessä vaiheessa ilmaantuu kaikista vaalein kohta, joka esittelee vaiheen, joka tulisi huomioida jokaisessa hoitotyön vaiheessa. Kontrasti tummaan erottelee vaiheen muista vaiheista, ja se erottuu niistä silloin paremmin.

Tarkistuslistan vaiheet on otsikoitu hoidon etenemisen mukaan. Hoitaja valitsee tarkistuslistalta sen vaiheen rypäleraskauden hoidossa, jota kyseisenä hetkenä ollaan toteuttamassa. Tarkistuslistan kohdat on hyvä silmäillä muutenkin läpi. Tärkeintä kuitenkin on, että potilaan hoidossa käydään läpi kussakin vaiheessa ilmenevät kohdat.

Gawanden (kts. kuva 1) mukaan fonttina tulisi käyttää Sans serif-fonttia. Käytimme tarkistuslistan fonttina Arialia, joka on Sans serif-fontti. Pääotsikko ja alaotsikot ovat tummennettuja. Pääotsikon fonttikoko on 16 ja alaotsikoiden fonttikoko on 12. Asiakohdat ovat fonttikokoa 11.

Teimme tarkistuslistan viereen ohjeen tarkistuslistan käytöstä. Pyrimme tekemään ohjeesta lyhyen, ytimekkään ja mahdollisimman selkeän, jotta ohjeistus itsessään ei aiheuttaisi heti tarkistuslistaa käyttöön otettaessa turhautumista. Tällä tavalla painotimme työssämme hoitotyön helpottamista ja työelämän palvelua.

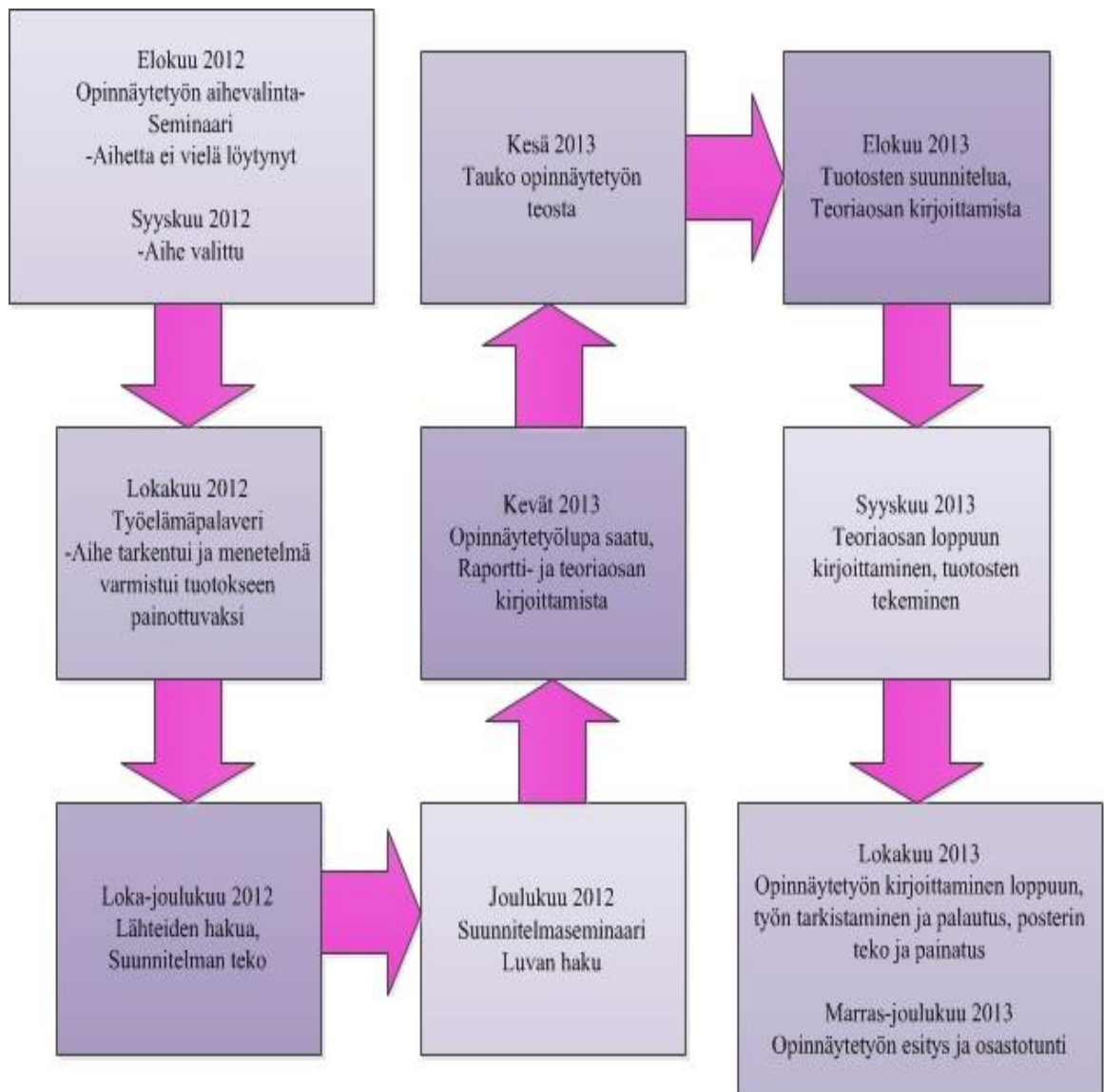
Ohjeessa kerroimme, että ajankohtaisen hoitovaiheen kohdat tulee kopioida tarkistuslistasta potilastietojärjestelmän hoitotyön lehdelle. Kohtia on useita ja olettamuksena ei ole, että ainoastaan yksi hoitaja ehtisi suorittamaan kaikki kohdat. Kaikki vaiheen kohdat kuitenkin kopioidaan yhdellä kertaa, ja kun yksittäinen kohta on tehty, laittaa hoitaja vaiheen perään päivämäärän suoritukselle sekä omat nimikirjaimensa. Näin ollen toinen hoitoa jatkava hoitaja voi huomata kirjauksista, että tarkistuslistan yksittäinen kohta on tehty tai huomioitu, ja jos jotain epäselvää ilmenee kohtaan liittyen, voi hoitaja aina tiedustella asiasta nimikirjaimensa merkinneeltä hoitajalta, mikä lisää myös hoitajien välistä kommunikaatiota. Jos hoitaja suorittaa jonkin tarkistuslistan vaiheen kokonaisuudessaan loppuun, voi hän kirjata silloin potilastietoihin kokonaisen vaiheen läpikäydyksi sekä kuitata vaiheen päivämäärällä ja omilla nimikirjaimillaan.

4.3 Opinnäytetyön vaiheet ja sen toteuttaminen

Opinnäytetyöprosessimme (kuvio 2) alkoi aihevalintaseminaarilla elokuussa 2012. Emme kuitenkaan löytäneet valmiista aiheista meille sopivaa aihetta, ja koska meitä kiinnostivat aiheena naistentaudit, pyysimme Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä naisten-tauteihin liittyviä opinnäytetyöaiheita. Valitsimme opinnäytetyömme aiheen saaduista vaihtoehtoista oman mielenkiintomme perusteella. Opinnäytetyön menetelmäksi valikoitui tuotoksellinen opinnäytetyö johtuen työelämän toiveesta tuottaa potilasohje. Lokakuussa 2012 käydyssä työelämäpalaverissa opinnäytetyön tarkoitus selvisi tarkemmin ja sovimme tekemämme potilasohjeen lisäksi myös tarkistuslistan osaston hoitajien käyttöön. Lokakuussa 2012 aloimme etsiä aiheeseemme lähdemateriaalia. Tutustuessamme lisää opinnäytetyön aiheeseen, päädyimme tekemään opinnäytetyöstämme kaksiosaisen; ensimmäinen osa kattaa opinnäytetyöprosessin raportoinnin ja toinen osa teorian aiheesta. Tuotoksemme eli potilasohje ja tarkistuslista ovat opinnäytetyössä liitteinä.

Joulukuussa 2012 osallistuimme suunnitelmaseminaariin, jossa esitimme opinnäytetyösuunnitelmamme, jonka liitimme opinnäytetyön lupa-anomukseen ja toimitimme ne sitten työelämän vastuuhenkilölle/ylihoitajalle. Kun saimme luvan opinnäytetyöhön, aloitimme raportti- ja teoriaosan tekemisen. Aikomuksenamme oli tehdä suurin osa opinnäytetyöstä yhdessä, mutta teoriaosaa päädyimme jakamaan kummankin itsenäisesti käsiteltäväksi sen laajuuden vuoksi. Kesätöiden vuoksi opinnäytetyötä ei kesän aikana tehty. Syksyn alussa oli tarkoitus alkaa tehokkaaseen opinnäytetyön tekoon, mutta henkilökohtaiset rajoitteet hidastivat opinnäytetyöprosessin loppuunsaattamista. Syyskuussa 2013 kirjoitimme teoria- ja raporttiosan loppuun. Viimeistelimme opinnäytetyötä vielä lokakuussa ennen sen palautusta.

Tuotokset suunnittelimme ja teimme yhdessä elo-syyskuussa 2013. Tuotosten sisältöön ja ulkoasuun vaikuttivat myös työelämäyhteyden toivomukset. Teimme tuotokset lähteiden ja työelämäyhteyden avustuksella. Opinnäytetyöstä aiheutuvat kulut tulivat opinnäytetyön tulostamisesta ja kansittamisesta sekä posterin painatuksesta. Kuluista vastasimme itse. Vuoden 2013 keväällä ja syksyllä haastattelimme naistentautien vastuualueen hoitohenkilökuntaa sekä vuodeosastolta että poliklinikalta. Hyödynsimme myös opinnäytetyöohjausta tarpeidemme mukaan. Päämääränämme oli opinnäytetyön valmistuminen ajallaan lokakuussa 2013.



KUVIO 2. Opinnäytetyöprosessin eteneminen

5 PÄÄTÄNTÄ

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tutkijalta tieteellisten tietojen ja taitojen lisäksi myös hyviä toimintatapoja (Kuula 2011, 34). Tutkimusetiikan neuvottelukunnan (2012) mukaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimuksen tulee noudattaa tunnustettuja toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimustyössä, tallentaessa sekä esittäessä tuloksia. Muiden tutkijoiden julkaisuihin tulee viitata asianmukaisella tavalla. Tarvittavat tutkimusluvut on oltava. Rahoituslähteet on myös julkisesti ilmoitettava ja raportoitava. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkimusluvan saimme opinnäytetyön alkuvaiheessa ja rahoituksesta kerromme opinnäytetyöprosessin yhteydessä (kts. s.31).

Opinnäytetyömme ei sisällä tutkimusta, mutta olemme pyrkineet noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Olemme viitanneet lähteisiin asianmukaisella tavalla ja kunnioittaneet siten tekijänoikeuksia. Kuvat on joko piirrettyjä, ClipArt-tiedostoista tai kuvien yhteydessä on selkeästi ilmaistu lähdeviite, josta ne ovat. Taulukot ovat itse tehtyjä, joten tekijänoikeutta ei ole niiltäkään osin rikottu.

Hyvän tieteellisen käytännön vastakohtia ovat vilppi ja piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Vilpiksi luokitellaan sepittäminen, havaintojen vääristely, plagiointi sekä anastaminen. Piittaamattomuutta puolestaan on muiden tutkijoiden osuuden vähättely, tutkimustulosten huolimaton ja siten harhaanjohtava raportointi, samojen tulosten julkistaminen uusina tuloksina sekä muulla tavoin harhaan johtaminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8-9.) Olemme vältäneet plagiointia, ja emme ole esittäneet toisen henkilön tietoa omanamme. Olemme rehellisesti raportoineet käyttämistämme lähteistä löydettyä tietoa ja raportoineet tiedon yhteydessä käyttämämme lähteen.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuudella tarkoitetaan tiedon perustelua kriittisesti. Laadullista ja määrällistä tutkimusta määrittelevät erilaiset luotettavuuskriteerit. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Hyvän tieteellisen käytännön mukainen toiminta lisää tutkimuksen luotettavuutta

(Suomen akatemia 2003, 5). Koska emme tehneet tutkimusta, kaikki tieto perustuu käyttämiimme lähteisiin, joten luotettavuutta arvioitaessa käyttämiemme lähteiden arviointi on kaikkein oleellisinta.

Olimme lähdekriittisiä valikoidessamme lähteitä, sillä lähdekriittisyys lisää luotettavuutta. Tunnustettu kirjoittaja ja lähteen tuoreus tuovat luotettavuutta. Saman kirjoittajan usean eri lähteen käyttö, lähdeviitteiden monipuolinen käyttö sekä kansainvälisten lähteiden käyttö lisäävät osaltaan luotettavuutta. Oppikirjoja tai toissijaisia lähteitä tulisi puolestaan välttää, sillä ne ovat luotettavuutta heikentäviä lähteitä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 72-73.) Olemme arvioineet lähteitä kriittisesti, ja pitäneet tärkeänä lähteen kirjoittajan asiantuntijuutta sekä lähteen tuoreutta. Suurin osa lähteistämme on 2000-luvulta, pari lähde on vuodelta 1999 sekä vuodelta 1992 vielä voimassa oleva lakiasetus. Pääosin lähteet ovat alle kymmenen vuotta sitten kirjoitettuja. Jos lähteen julkaisuvuotta ei ole ilmoitettu, olemme arvioineet käyttämämme lähteen luotettavuutta arvioimalla kirjoittajan asiantuntijuuden riittäväksi. Olemme käyttäneet lähteinä myös saman kirjoittajan useita lähteitä, sillä se lisää lähteiden arvovaltaisuutta.

Olemme käyttäneet lähdeviitteitä monipuolisesti. Koska kaikista käsittelemistämme aiheista ei löytynyt suomenkielisiä alkuperäislähteitä, olemme käyttäneet myös toissijaisia lähteitä sekä myös muutamia oppikirjoja. Lisäksi meillä on useampi englanninkielinen sekä yksi ruotsinkielinen lähde. Olemme käyttäneet lähteinä myös väitöskirjoja, pro gradu-tutkielmia, muita tutkimuksia, artikkeleita sekä erilaisia kirjoja. Opinnäytetöitä emme ole lähteinä käyttäneet.

Olemme haastatelleet lisäksi muutamaa hoitajaa saadaksemme näkökulmaa työllemme sekä lisää tietoa käytännön hoitotyöstä. Emme ole haastatelleet lainkaan potilaita tai heidän läheisiään. Olemme pyytäneet potilas ohjeeseen korjauksia ja hyväksyttäneet sen työelämäyhteyden lääkäreillä. Tarkistuslistan sisältöä olemme näyttäneet ja suunnitelleet myös kahden eri hoitajan kanssa. Tämä on auttanut meitä uusien lähteiden pariin ja varmistanut, että tieto on oikeaa ja ajantasaista. Emme koe opinnäytetyömme aiheuttaneen eettisiä haasteita.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kirjallinen potilasohje rypäleraskauteen sairastuneelle ja hänen omaisilleen sekä tehdä tarkistuslista hoitajille rypäleraskauspotilaan hoitotyöstä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin naistentautien vastualueelle. Onnistuimme sekä tarkistuslistan että potilasohjeen teossa. Tarkistuslistasta tuli elektroninen, sillä potilas-papereita ei enää käytetä yksikössä, johon tarkistuslista tehtiin. Kehittelimme hoitajien kanssa parasta tapaa hyödyntää tarkistuslistaa. Päädyimme siihen, että tarkistuslista on vaiheittainen ja hoitajan vastuulla on käydä eri hoidon vaiheissa tarkistuslistan asiat läpi ja kirjata potilastietojärjestelmään, että asia on huomioitu ja tehty. Potilasohjeesta tuli ohjelehtinen. On hyödyllisempää sen laajuuden ja sivumäärän vuoksi, että se on taitettu ohjelehtinen eikä intrasta tulostettava paperiversio.

Mielestämme oli tärkeää tehdä sekä potilasohje että tarkistuslista. Potilasohjetta aiheesta ei ollut lainkaan, joten potilaat ja omaiset ovat aiemmin jääneet pääosin suullisen tiedon varaan. Tämä lisää nyky-yhteiskunnassa potilaan hakeutumista Internetiin etsimään tietoa. Halusimme varmistaa, että potilas kuitenkin saa hoitopaikastaan kaiken olennaisen tiedon myös kirjallisesti, eikä hän joudu etsimään tietoa useasta paikasta. Tarkistuslistojen käyttö on nykyaikaa. Harvemmin hoidettavasta sairaudesta on entistä tärkeämpää olla tarkistuslista, joka toimii ikään kuin muistin tukena hoitotyössä, sillä hoidosta ei tule rutiinia ja asiat voivat helposti unohtua. Se, että sairautta hoidetaan sekä vuodeosastolla että poliklininisesti, voi vaikeuttaa koko hoitoprosessin ymmärtämistä. Tarkistuslista voi selkeyttää sitä ja tarkistuslistaa voidaan hyödyntää sekä poliklinikalla että vuodeosastolla. Mielestämme kumpikin tuotos on käyttökelpoinen rypäleraskauteen sairastuneen naisen hoitotyössä.

Kehitysehdotuksia nousi matkan varrella useitakin. Tutkimusehdotuksena olisi tutkia tarkistuslistojen hyödynnettävyyttä ja käytön hyötyjä myös muualla kuin leikkausyksiköissä, esimerkiksi juuri poliklinikoilla ja vuodeosastoilla. Mielestämme olisi myös tärkeää kehittää hoitotyön tarkistuslistoja poliklinikkojen ja vuodeosastojen käyttöön.

5.3 Pohdinta

Opinnäytetyön tehtäviä oli neljä; mikä on rypäleraskaus, mitkä ovat sen hoitolinjat, minkälainen on hyvä tarkistuslista sekä minkälainen on hyvä potilasohje. Selvitimme hyvinkin kattavasti, mikä sairaus on kyseessä ja miten sen hoito etenee. Vaikeampaa oli selvittää tarkasti, millainen potilasohje tukisi juuri tähän sairauteen sairastunutta parhaiten, siitä syystä päätimmekin kartoittaa millainen on hyvä potilasohje. Ajattelimme, että hyvän potilasohjeen yleiset kriteerit toimisivat suunnan antajana omalle potilasohjeellemme. Noudatimmekin suurilta osin hyvän potilasohjeen kriteereitä. Tarkistuslista on kuitenkin sen verran uusi asia, ja tutkittua tietoa sen käytöstä poliklinikoilla tai vuodeosastoilla ei ollut. Tässäkin noudatimme hyvän tarkistuslistan kriteereitä soveltaen niitä eri ympäristöön.

Potilasohjetta suunnitellessamme pohdimme, miten ohjeesta saisi puhuttelevan ja yksilöllisen. Otimme huomioon potilaan henkisen tuen tarpeen ja huomioimme pohdinnoissamme myös potilaan puolison sekä perheen. Potilasohjetta suunnitellessa pyrimme kuitenkin korostamaan sitä, että ohje tulee nimenomaan sairastuneelle. Halusimme tehdä potilasohjeesta mahdollisimman inhimillisen, informatiivisen ja tukea antavan. Opinnäytetyömme tarkoitus oli tehdä kirjallinen potilasohje rypäleraskauteen sairastuneelle ja hänen omaisilleen sekä tehdä tarkistuslista rypäleraskauden hoidosta hoitohenkilökunnalle ja saavutimme tarkoituksen, mutta olisimme mielellämme antaneet kumpaankin tuotokseen enemmän omaa persoonallista kädenjälkeämme. Kädenjälkemme näkyy paremmin tarkistuslistassa, kun taas potilasohje on syntynyt työelämästä ja kirjallisuudesta annettujen kriteereiden ja toiveiden mukaisesti. Saimme kuitenkin vaikuttaa potilasohjeen sisältöön melko paljon, ja hyödynsimme sen suunnittelussa hyvän potilasohjeen kriteereitä.

Tavoitteena oli alun perin kehittää rypäleraskauteen sairastuneen hoitotyötä ja tukea sairaanhoitajien ammattitaitoa rypäleraskauden hoidossa. Oman tietämyksen lisääminen aiheesta oli myös tavoitteenamme. Uskomme, että tarkistuslista toimii hoitajille hyvänä tukena rypäleraskauden hoidossa. Tarkistuslistasta löytyy myös kohtia, joita on mahdollista hyödyntää myös muiden sairauksien hoidossa laaja-alaisesti. Tarkistuslistaan on laitettu henkisen tuen tarpeen, sosiaalityöntekijän ja seksuaalisuuden puheeksi ottaminen sairastumisen yhteydessä, ja ne kuuluvatkin mielestämme yleispätevästi laadukka-

seen hoitotyöhön. Tarkistuslista voi toimia myös apuna uuden työntekijän perehdyttämisessä, sillä tarkistuslistaan on lueteltu tärkeimpiä hoitotyössä muistettavia ja huomioitavia asioita. Oman tietämyksen lisääminen toteutui hyvin, ja huomasimmekin jakavamme tietoa rypäleraskaudesta ympärillemme, sillä harva tiesi entuudestaan sairaudesta mitään. Rypäleraskaus-käsite tuntui olevan monelle tuntematon, ja se lisäsi varmuuttamme siitä, että opinnäytetyömme ja sen tuotoksina tehdyt potilasohje ja tarkistuslista hyödyttäisivät varmasti monia.

Mielestämme onnistuimme opinnäytetyössä melko hyvin. Teimme yhden tuotoksen sijasta kaksi tuotosta, vaikka perinteisesti tehdään vain yksi tuotos. Työelämän kanssa käydyt keskustelut olivat hedelmällisiä, ja antoivat meille paljon näkemystä myös muiden naistentautien hoitotyöstä. Oli hienoa, että saimme tehdä yhteistyötä työelämän kanssa, ja luoda heille jotakin konkreettista hyödynnettäväksi käytännön hoitotyöhön.

Opinnäytetyön aikataulun loimme melko löyhäksi, joten töitä sai tehdä kunnolla juuri ennen palautusta, sillä emme aivan osanneet arvioida, kuinka paljon eri vaiheet veisivät aikaamme. Opinnäytetyöstämme tuli melko pitkä, sillä halusimme käsitellä asiaa laajasti ja perustella asiat mahdollisimman hyvin.

LÄHTEET

- Aaltonen, L-M., Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 274-292.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoma, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. 1. painos. Helsinki: SanomaPro.
- Forth valley primary care NHS trust. 2003. Developing written information for patients, good practice guidelines. Luettu 9.9.2013. <http://biostat.mc.vanderbilt.edu/TPT/SOURCE/Extras/TrialRecruitment/InfoGuide.pdf>
- Gawande, A. 2009. The checklist manifesto. New York: Metropolitan Books. Saatavilla e-kirjana.
- Grenman, S. & Leminen, A. 2013. Trofoblastisairaudet. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Kouri, M. & Lyly, T. (toim.) Syöpätaudit. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy. 639–642.
- Hakulinen, T., Koponen, P. & Paunonen, M. 1999. Perheen hoitotyöhön liittyvät käsitteet. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen – Julkunen K. Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö. Helsinki: WSOY.
- Holmberg-Mattila, D., Länsipuro, L., Kuusisto, L. & PSHP:n perusterveydenhuollon yksikkö. 2012. Hoitoketjuopas. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje?. Katsaus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 121:1769–73.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselväksite. Luettu 13.9.2006. Sairaanhoitaja-lehti 10/2006. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-ka/
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lehtovirta, P. 2001. Trofoblastisairaudet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 247-251.
- Leminen, A. 2009. Gynekologiset syövät. Luettu 4.8.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. 4/2006.

Loukovaara, M., Lehtovirta, P. 2001. Trofoblastitaudit – ryhmä harvinaisia sairauksia. Katsaus, Duodecim 2001;117:2539–46.

Loukovaara, M. 2013. Trofoblastitaudit. Päivitetty 30.5.2013. Luettu 27.8.2013. www.terveysportti.fi

NHS. 2012. Molar pregnancy. Päivitetty 18.9.2012. Luettu 27.8.2013. <http://www.nhs.uk/Conditions/molar-pregnancy/Pages/Introduction.aspx>

Niemi, A. 2006. Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakslähtöisyydestä. Kuopion yliopisto. Terveystenhallinnon ja talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Katsaus. Duodecim 2000; 116: 1821-1828.

Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitajalehti 10/2006. Viitattu 24.4.2013. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyön_punainen/

Ordén, M-R. Alkuraskauden komplikaatiot. Luettu 11.9.2013. www.fimnet.fi/ultraaaniseura/alkuraskauden_komplikaatiot.ppt

Oulasmaa, M. 2006. Seksuaalisuus raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. Seksuaalisuus. Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 191–197.

Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä 2006. Kättilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy, 387-388.

Pakarinen, P. 2011. Trofoblastisairaudet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J.(toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim Oy.

Pauniahho, S-L., Lepojärvi, M., Peltomaa, K., Saario, I., Isojärvi, J., Malmivaara, A. & Ikonen T. 2009. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Halo-katsaus. Suomen lääkäri-lehti 64 (49), 4249–4254.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Hoidon jatkuvuus. Päivitetty 22.8.2013. Luettu 13.9.2013. <http://tays.fi/default.aspx?contentid=30004>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2010. Gestational Trophoblastic Disease. <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GT38ManagementGestational0210.pdf>

Salmenperä, M. & Hynynen, M. 2013. Vähentääkö leikkaustiimin tarkistuslista leikkauksuolleisuutta? Pääkirjoitus. Luettu 13.9.2013. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98616&p_haku=tarkistuslista

Sarkkinen, M. 2010. Tyydyttävän äitiyden ulkopuolella - Fenomenologis-hermeneuttinen tapaustutkimus uudelleensynnyttäjän masennuskokemuksesta. Psykologian laitos. Turun yliopisto. Lisensiaattitutkimus.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Opas leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön. Luettu 8.1.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/muut-aiheet

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Luettu 13.9.2013. Saatavilla pdf-muodossa.

Suhonen, R., Puro, M. & Leino-Kilpi, H. 2006. Yksilöllisyys terveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti 61(41):4251-4253.

Suomen akatemia. 2003. Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet.

Takala, R., Katila, A., Porkkala, T., Aaltonen, R., Pauniahho, S-L., Kotkansalo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Ikonen, T. 2009. Leikkaussalin tarkistuslistasta hyötyä anestesiologin työssä. Finnanest 42 (4).

THL. 2012. Potilasturvallisuutta taidolla. Mitä on potilasturvallisuus? Luettu 5.12.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus

Tiitinen, A. 2012. Raskauden aikainen verenpaineen nousu. Luettu 8.1.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00167

Tiitinen, A. 2012. Istukkasyöpä. Julkaistu 17.9.2012. Luettu 28.11.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00643

Tiitinen, A. 2013. Rypäleraskaus. Julkaistu 17.9.2013. Luettu 6.10.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00648

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammerpaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Luettu 15.9.2013. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje>

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vilkka, H. & Airaksinen T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

WHO. 2013. The checklist effect. Luettu 2.10.2013. <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/background/en/index.html>

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. 1.painos. Helsinki: WSOY.



RYPÄLERASKAUTEEN SAIRASTU- NEEN HOITOTYÖ

Osa 2

Sonja Ahonen

Maarit Laitinen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	4
2	RYPÄLERASKAUS SAIRAUTENA	5
2.1	Rypäleraskauden eri tyypit	5
2.2	Riskitekijät ja ennuste	6
2.3	Oireet ja löydökset	7
2.4	Diagnosointi.....	8
2.4.1	Gynekologinen kaikututkimus	8
2.4.2	Seerumin hCG	9
2.4.3	Gynekologinen tutkimus	9
2.4.4	Kohdun limakalvonäyte	10
2.5	Rypäleraskaus ja syöpä.....	10
2.5.1	Korionkarsinoma.....	10
3	RYPÄLERASKAUDEN HOITO JA SEURANTA.....	13
3.1	Imutyhjennys eli evakuaatio	13
3.2	HCG-arvon seuranta	14
3.3	Kuvantamistutkimukset	15
3.4	Solunsalpaajahoidot rypäleraskauden hoitomuotona.....	16
3.4.1	Solunsalpaajahoidon indikaatiot ja hoidon valinta	16
3.4.2	Käytettävät solunsalpaajat.....	18
3.4.3	Solunsalpaajahoidon arvioitu kesto	20
3.5	Sädehoito	20
3.6	Kohdun poisto eli hysterektomia	20
3.7	Uusi raskaus rypäleraskauden jälkeen	21
4	RYPÄLERASKAUTEEN SAIRASTUNEEN NAISEN JA HÄNEN PERHEENSÄ SELVIITYMISEN TUKEMINEN JA OHJAUS	23
4.1	Kriisi reaktiona	23
4.1.1	Kriisin vaiheet.....	24
4.1.1	Kriisi sairastuessa.....	27
4.1.2	Kriisihoidon toteutus.....	28
4.2	Suru.....	29
4.2.1	Surun vaiheet.....	31
4.2.2	Eroavaisuudet suremisessa.....	31
4.2.3	Suru raskauden keskeytyessä.....	33
4.2.4	Miten suru ilmenee vanhemmista	34
4.3	Solunsalpaajahoidoa saavan rypäleraskauspotilaan henkinen tukeminen	35
4.3.1	Potilaan tunteet hoidon aikana	35

4.3.2	Potilaan toiveet henkisestä tuesta.....	36
4.3.3	Potilaan henkistä hyvinvointia edistävät tekijät.....	37
4.3.4	Solunsalpaajahoidon aiheuttamien sivuvaikutusten hoito ja potilaan omahoidon ohjaus.....	39
4.4	Seksuaalisuus sairauden kohdatessa	41
4.4.1	Syöpäpotilaan seksuaalisuuden tukeminen.....	43
4.4.2	Seksuaalineuvonta ja -terapia.....	45
4.5	Parisuhteen tukeminen.....	45
4.6	Perheen tukeminen.....	46
4.6.1	Tiedollinen ja emotionaalinen tukeminen.....	47
4.6.2	Lapsen sopeutumista helpottavat keinot vanhemman sairastuessa.....	49
4.7	Tukipalveluiden yhteystietoja.....	49
LÄHTEET.....		51
LIITTEET		57
Liite 1. Tutkimustaulukko		57

1 JOHDANTO

Tämä on opinnäytetyön teoriaosuus. Tässä osassa selvitetään rypäleraskauteen sairastuneen naisen hoitotyötä. Vastaamme tässä osassa kahteen ensimmäiseen (kts. raporttiosan kappale 2) opinnäytetyölle asetettuun tehtävään. Teoriaosassa kerrotaan rypäleraskaudesta sairautena sekä sen diagnosoinnista ja lääketieteellisestä hoidosta. Lisäksi käsittelemme rypäleraskauteen sairastuneen ja hänen perheensä hoitotyötä sairaudesta selviytymisen näkökulmasta. Tämä osa on tehty työelämää varten, ja toimii pohjana tuotoksille. Työelämän toiveesta tuotokset eivät ole opinnäytetyön liitteinä päivittämiseen liittyvien seikkojen vuoksi.

Teorian pohjalta on laadittu opinnäytetyön kolmas osa eli tuotokset, jotka ovat potilasohje rypäleraskauteen sairastuneelle ja hänen perheelleen sekä tarkistuslista hoitajille rypäleraskauspotilaan hoitotyöstä. Potilasohje on kirjallinen A5-kokoinen ohjevihko. Tarkistuslista on kirjallinen ohjeistus sähköisessä muodossa, ja se on tarkoitettu käytettäväksi PSHP:n Intran kautta. Potilasohjeessa kerrotaan sairaudesta, sen oireista, hoidosta ja seurannasta sekä käsitellään henkisen tuen merkitystä ja tarpeellisuutta. Lisäksi ohjeessa on tukitahojen yhteystietoja potilaalle ja hänen perheelleen.

Tarkistuslistaan on koottu rypäleraskauspotilaan hoitotyössä työelämän ja meidän tärkeiksi kokemiamme asioita. Kaikkia tarkistuslistan asiakohtia ei käsitellä teoriaosuudessa, sillä osa tarkistuslistan kohdista on itsestään selvyyksiä naistentautien vastuualueen hoitajille. Tarkistuslistassa kyseiset asiakohdat muistuttavat hoitajia asioiden tekemisestä ja varmistamisesta. Halusimme lisäksi itse sisällyttää tarkistuslistaan omasta mielestämme tärkeiksi kokemiamme hoitotyön osa-alueita, joita käsittelemme tässä osuudessa.

2 RYPÄLERASKAUS SAIRAUTENA

Rypäleraskaus (lat. mola hydatidosa, suom. moola) on suhteellisen harvinainen sairaus. Sen ilmaantuvuus on 1:1000 raskautta kohden. (Grenman & Leminen 2013.) Se kuuluu trofoblastitautien tautiryhmään, johon kuuluvat myös istukkasyöpä ja istukkapedin trofoblastikasvain (PSTT). Kansainvälisesti trofoblastitaudeista puhutaan myös kirjainlyhenteillä GTD (gestational trophoblastic disease) ja GTN (gestational trophoblastic neoplasia). (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2010, 1.)

Trofoblastitauti voi ilmentyä raskauden aikana tai normaalin raskauden, abortin tai keskenmenon jälkeen (Joneborg & Marions 2005). Rypäleraskaus on trofoblastitaudeista yleisin. Se on hyvänlaatuinen tauti, kun taas invasiivinen rypäleraskaus, istukkasyöpä sekä istukkapedin trofoblastikasvaimet ovat puolestaan pahanlaatuisia. Yhteistä tauteille on, että ne saavat alkunsa istukasta ja sen muodostavista trofoblastisoluista. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2539; Grenman & Leminen 2013.)

Rypäleraskaus on istukan sairaus, jossa kohtuun muodostuu rypälemäisiä, turvonneita ja nesteen täyttämiä istukan nukkalisäkkeitä (Tiitinen 2013d). Rypäleraskaudelle on ominaista, että epänormaalin hedelmöittymisen seurauksena alkio ja sikiö eivät kehity. Rypäleraskaudelle on myös ominaista isältä peräisin oleva kromosomien ylimäärä. (Lehtovirta 2001, 247–251.) Rypäleraskaudessa ei yleensä ole sikiötä, vaan kohdun täyttää ainoastaan rypälemäinen kasvainkudos. Kohdun täyttämät nestemäiset "rypäleet" ovat uloimman sikiökalvon eli korionin laajentuneita villuksia, ja kohtu kasvaa nopeasti ja suuremmaksi kuin normaalissa raskaudessa. (Paananen ym. 2006, 387.)

2.1 Rypäleraskauden eri tyypit

Rypäleraskaus voidaan jakaa geneettisen ja histologisen löydöksen perusteella kahteen päätyyppiin; täydelliseen (mola hydatidosa completa) sekä osittaiseen (mola hydatidosa partialis) rypäleraskauden muotoon (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2010, 1; Loukovaara 2013). Kahden päätyypin lisäksi on rypäleraskauden jatkuva ja etenevä muoto; invasiivinen rypäleraskaus (mola hydatidosa invasiva / mola destruens). (Lehtovirta 2001, 247.)

Yleisin rypäleraskaus on täydellinen rypäleraskaus, ja sille on ominaista vain isältä peritty kromosomisto, äidiltä tulleiden kromosomien eliminoiduttua munasolusta (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2539–2540). Täydellisessä rypäleraskaudessa kohdun täyttää rakkulamaiset turvonneet villukset ja alkioita ei ole havaittavissa eikä sikiötä kehity. Osittaiselle rypäleraskaudelle on ominaista äidiltä 2/3 ja isältä 1/3 perityt kromosomit, ja vain osa kohdun villuksista turpoaa. Osittaisessa rypäleraskaudessa voidaan havaita useita vaikeita kehityshäiriöitä omaava sikiö tai sikiön osia. (Lehtovirta 2001, 247–249; Loukovaara 2013.)

Täydellinen rypäleraskaus muuntuu invasiiviseksi rypäleraskaudeksi 10–15 %:ssa tapauksista ja epätäydellinen rypäleraskaus vain yhdessä prosentissa tapauksista. Invasiivisessa rypäleraskaudessa sairaus tunkeutuu poikkeuksellisen syvälle kohdun seinämään ja sitä kautta saattaa aiheuttaa hengenvaarallisen vatsaontelon verenvuodon tai vaikutuksia viereisiin kudoksiin. Invasiiviselle muodolle on ominaista taudin leviäminen kohdunkaulaan, ulkosynnyttimiin ja emättimeen. Myös keuhkoetäpesäkkeitä ja muitakin etäpesäkkeitä invasiivisen rypäleraskauden yhteydessä on todettu. Villusten turpoaminen on vähäisempää tai villukset ovat vaikeammin havaittavissa niiden ollessa syväällä kohdun seinämässä. Invasiivinen rypäleraskaus on harvinainen, sillä rypäleraskaus usein havaitaan jo varhaisessa vaiheessa. (Lehtovirta 2001, 247–249; Pakarinen 2011; Loukovaara 2013.)

2.2 Riskitekijät ja ennuste

Rypäleraskauksia esiintyy Suomessa vuosittain 60–80 kappaletta. Itä-Aasiassa tauti on paljon yleisempi, sillä siellä joka 100.–200. raskaus on rypäleraskaus. Riski rypäleraskaudelle nousee, kun taustalla on keskenmenoja, tai jos naisella on edeltävästi ollut rypäleraskaus. Odottavan äidin iällä on myös todettu olevan vaikutusta riskiin; alle 20-vuotiaat sekä yli 40-vuotiaat omaavat selkeästi korkeamman riskin trofoblastisairauksille, joihin rypäleraskaus kuuluu. Erään tutkimuksen mukaan myös naisen kumppanin ikä voi nostaa naisen riskiä sairastua trofoblastitautiin, sillä kun mies on 41–45-vuotias, riski on suurempi kuin tätä nuoremmilla. Alhaisen elintason on kerrottu liittyvän rypäleraskauteen, vaikka kehittyneissä maissa niiden välistä yhteyttä ei ole osoitettu. Tupakointi suurentaa riskiä rypäleraskaudelle. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2541; Salmi & Leminen 2007, 467; Grenman & Leminen 2013.)

Rypäleraskauden ennuste on hyvä, sillä viiden vuoden kuluttua 85–100% sairastuneista on elossa. Ennusteeseen vaikuttaa tietenkin myös rypäleraskauden tyyppi. (Pakarinen 2011; Loukovaara 2013.) Invasiivisista rypäleraskauksista lähes kaikki voidaan hoitaa yhdellä solunsalpaajalla, jollei se ole lähettänyt etäpesäkkeitä, ja vain harvat potilaat tarvitsevat yhdistelmälääkitystä. Yhdistelmälääkityksen ansiosta suuren riskin potilaista vain 15 prosenttia menehtyy edenneeseen tautiinsa. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2545.)

2.3 Oireet ja löydökset

Klassiset rypäleraskauden oireet ovat raskauden aikana ilmenevä epäsäännöllinen verenvuoto emättimestä, hypermereesi ja raskauden kestoon nähden kookas kohtu. Myös varhainen keskenmeno voi olla merkki rypäleraskaudesta (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2010, 2.) Yleisin rypäleraskauden oire (yli 90 % tapauksista) on tumma verinen vuoto emättimestä raskauden ensimmäisellä kolmanneksella (Loukovaara 2013) ja yleisesti vieläpä raskausviikoilla 6-12 (NHS 2012). Puolessa rypäleraskaustapauksista kohtu kasvaa hyvin nopeasti raskauden etenemiseen nähden. Osittaisessa rypäleraskaudessa kohtu on puolestaan raskauden kestoon nähden pieni tai normaali. (Loukovaara 2013.) Rypäleraskauden löydöksiin kuuluu myös suuri seerumin istukkahormonipitoisuus. Rypäleraskauden yhteydessä on tavattu myös toksemian eli pre-eklampsian oireita, kuten verenpaineen nousua, päänsärkyä, ylävatsakipuja, näköhäiriöitä ja voimakasta turvotusta. (Lehtovirta 2001, 247–251; Tiitinen 2013d.)

Jos rypäleraskaus on aiheuttanut etäpesäkkeitä, voi oireena ilmetä myös verenvuotoa suolesta tai keuhkometastaasien aiheuttamaa hengenahdistusta ja veriysköksiä. Löydöksenä voi olla myös anemia. Lisäksi oireisiin voi kuulua alavatsakipuja, jotka johtuvat kasvaimen tunkeutumisesta kohdun lihaseinämään tai kohonneen hCG- tason myötä munasarjoihin syntyneistä teekaluteiinikystistä. Myös rintakipuja, hypertyreosia ja yskää voidaan todeta. (Joneborg & Marions 2005; Salmi & Leminen 2007, 468; NHS 2012; Loukovaara 2013.)

On myös mahdollista, ettei mitään oireita ilmene tai ainoastaan veristä vuotoa, sillä naiset hakeutuvat aiemmin hoitoon kuin ennen ja jo ensimmäisen raskauskolmanneksen,

tavallisesti viikoilla 10–16, aikana tehtävässä kaikukuvauksessa rypäleraskaus viimeistään selviää. (Joneborg & Marions 2005; NHS 2012.)

2.4 Diagnosointi

Nainen, jolla on rypäleraskaus, hakeutuu tavallisesti lääkäriin tai neuvolaan verisen vuodon vuoksi (Joneborg & Marions 2005). Tyypillisesti rypäleraskaus havaitaan hoitoon hakeuduttaessa alkuraskauden kaikukuvauksessa. Rypäleraskaus ilmenee kohdun kaikututkimuksessa rakkulamaisena ja lumisademaisena löydöksenä. Täydellisessä rypäleraskaudessa alkiota ei eroteta, kun taas osittaisessa rypäleraskaudessa alkio on mahdollista havaita. (Salmi & Leminen 2007, 468.) Kaikututkimuksen lisäksi rypäleraskaus voidaan diagnosoida määrittämällä hCG-arvo sekä lisäksi varmistaa gynekologisen tutkimuksen sekä kohdun limakalvonäytteen avulla (Loukovaara 2013; Tiitinen 2012).

2.4.1 Gynekologinen kaikututkimus

Kaikututkimuksella tarkoitetaan ultraäänitutkimusta, joka voidaan tehdä vatsanpeitteiden päältä tai emättimen sisältä emätinanturin avulla. Kaikututkimusta vatsanpeitteiden päältä tehtäessä virtsarakon tulee olla täynnä, kun taas emättimen kautta emätinanturilla kaikukuvausta tehtäessä virtsarakon tulee olla tyhjä. (Raudaskoski 2001, 61.) Alkuraskaudessa kaikukuvaus tehdään emättimen kautta. Raskauden myöhemmissä vaiheissa kaikukuvaus voidaan tehdä vatsanpeitteiden päältä lapsiveden toimiessa kontrastina. (Tiitinen 2013a.)

Tutkimuksen avulla voidaan mitata kohdun ja munasarjojen kokoa sekä kohdun limakalvon paksuutta ja säännöllisyyttä (Tiitinen 2013a). Kaikukuvauksia käytetään varsinkin kasvaindiagnoosiin tai, kun halutaan kartoittaa mahdollisia sikiön epämuodostumia. Lisäksi kaikututkimuksella havaitaan monisikiöraskaus. (Haukkamaa & Sariola 2001, 303.)

Kaikututkimuksen yksinkertaistuminen ja yleistyminen on helpottanut rypäleraskauden varhaista diagnosointia. Täydellisessä rypäleraskaudessa kohdussa näkyy lumisadema-

nen kuva ja osittaisessa rypäleraskaudessa kaikukuva näyttää samalta kuin keskenmenossa. (Pakarinen 2011.)

2.4.2 Seerumin hCG

Hedelmöityttyään munasolu kiinnittyy kohdun seinämään ja siihen muodostuvan alkiorakkulan uloinkerros eli trofoblasti muodostaa istukan ja alkaa tuottaa koriongonadotropiinia (hCG) eli istukkahormonia. Hormonia kutsutaan myös raskaushormoniksi. (Mustajoki & Kaukua 2008a; Trofoblasti 2013.) Hormoni erittyy istukasta vereen ja siitä edelleen myös virtsaan, joten hormoni voidaan osoittaa sekä seerumiverinäytteestä että virtsanäytteestä. Pikaraskaustestin tulos perustuu hormonin erittymiseen virtsaan. Verinäytteestä raskauden pystyy toteamaan jo ennen kuin virtsanäytteestä. (Mustajoki & Kaikua 2008.) Normaalissa raskaudessa hcg-arvo on korkeimmillaan 7-12. raskausviikoilla ja normaali arvo tuolloin on 10 000- 100 000U/l. Raskauden lisäksi hcg-arvo nousee myös trofoblastituumoreiden yhteydessä. Hcg-arvo voi nousta myös munasarja- ja kivistuumoreiden yhteydessä. (Koriongonadotropiini 2012.)

Rypäleraskauden diagnostiikassa olennaisinta on hCG- arvon määritykset ja säännöllinen seuranta. Veren seerumin hCG- taso vaihtelee rypäleraskauden tyypin mukaan. Täydellisessä rypäleraskaudessa arvo on raskauden kestoon verrattuna korkea, mutta osittaisessa rypäleraskaudessa arvo voi olla normaali. (Salmi & Leminen 2007,468.)

2.4.3 Gynekologinen tutkimus

Gynekologinen tutkimus on tarpeen, jos potilaalla on poikkeavia gynekologisia oireita tai alavatsavaivoja. Varsinkin ylimääräiset vuodot, veriset vuodot tai haittaavat alavatsakivut ovat tärkeimpiä tutkimuksen aiheita. Kun gynekologisten vaivojen taustalla on kipuja tai vuotohäiriöitä, tehdään usein gynekologisen tutkimuksen yhteydessä myös kaikututkimus emättimen kautta. (Tiitinen 2013b.)

2.4.4 Kohdun limakalvonäyte

Kohdun limakalvonäytteenotto on gynekologinen toimenpide, jossa kohdun limakalvolta otetaan endometriumnäyte. Kohdun limakalvonäyte otetaan, kun fertiili-ikäisellä naisella havaitaan selvittämättömiä vuotohäiriöitä tai silloin, kun ultraäänitutkimuksessa syntyy epäily endometriummin polyypista, hyperplasiasta tai syövästä. (Tiitinen 2012.) Kohdun limakalvonäytteenotto tehdään poliklinikalla ilman anestesiaa. Tutkimuksen avulla saatu näyte lähetetään patologin tutkittavaksi. (Nieminen a.)

2.5 Rypäleraskaus ja syöpä

Raskauden aikainen syöpä on harvinainen. Riski sairastua syöpään raskauden aikana on yksi tuhannesta. Riski sairastua raskauden aikana syöpään kasvaa iän myötä. Yleisimpiä raskauden aikaan todettavia syöpiä ovat kohdunkaula- ja rintasyöpä sekä melanooma. Niiden ilmaantuvuus on yli 1:5000 raskautta kohti. (Halmesmäki & Puistola 2012.)

Trofoblastituumoreilla tarkoitetaan raskaudenaikaisia istukan kasvaimia, joiksi luokitellaan siis rypäleraskaus, istukkasyöpä sekä hyvin harvinainen istukkapedin kasvain (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2539). Rypäleraskaus on 81,5 % tapauksista hyvänlaatuisen, ja vain 16 %:ssa tapauksista se muuttuu invasiiviseksi rypäleraskaudeksi ja vain 2,5 %:ssa tapauksista istukkasyöväksi. (Nieminen b.) Invasiivinen sairaus hoidetaan solunsalpaajilla, ja mahdollisten etäpesäkkeiden hoitoon voidaan käyttää myös kirurgisia menetelmiä. Harvinainen istukkapedin trofoblastikasvain hoidetaan aina kohdunpoistolla ja tarvittaessa hoitoon liitetään lisäksi solunsalpaajalääkitys. (Grenman & Leminen 2013.) Seuraavassa kappaleessa käsitellään istukkasyöpää ja sen hoitoa, sillä rypäleraskauden yhteydessä istukkasyövän riski on normaalia suurempi.

2.5.1 Korionkarsinooma

Korionkarsinooma (*choriocarcinoma*) on varsin harvinainen trofoblastisairaus, ja Suomessa todetaan vuosittain vain 1-10 istukkasyöpää. (Pakarinen 2011; Grenman & Leminen 2013; Loukovaara 2013.) Korionkarsinooman suurin riskitekijä on siis edeltävä trofoblastitauti. Tutkimusten mukaan istukkasyöpää on edeltänyt 30–83%:lla tapauksis-

ta jonkinlainen rypäleraskaus. (Leminen 2009.) Korionkarsinooman vakavuusaste vaihtelee hyväläatuisesta erittäin pahaläatuiseen. Istukkasyövälle altistaa erityisesti täydellinen rypäleraskaus, mutta myös normaalin raskauden, raskaudenkeskeytyksen sekä kohdunulkaisen raskauden jälkeen on mahdollista sairastua istukkasyöpään. (Lehtovirta 2001, 250; Pakarinen 2011; Loukovaara 2013.)

Istukkasyöpä on tuhat kertaa yleisempi täydellisen rypäleraskauden kuin normaalin raskauden jälkeen, ja noin puolet istukkasyöpään sairastuvista sairastaa edeltävästi täydellisen rypäleraskauden. Istukkasyöpään voi sairastua myös ilman raskautta, jolloin puhutaan munasarjan ei-embryonaalisesta itusolukasvaimesta. Kohdussa sijaitseva istukkasyöpä ilmenee makroskooppisesti verisenä kyhmynä joko kohtulihakassa eli myometriumissa tai endometriumissa eli kohdun limakalvossa. Istukkasyöpä aiheuttaa usein etäpesäkkeitä kohdunkaulalle ja emättimeen. Istukkasyövästä aiheutuvia etäpesäkkeitä leviää muualle elimistöön enemmän veriteitse kuin imuteitse. Keuhkot, ruoansulatuskanava, maksa ja aivot ovat yleisimmät etäpesäkkeiden kohteet. (Lehtovirta 2001, 250; Pakarinen 2011; Loukovaara 2013.)

Istukkasyövän tavanomaisin oire on pitkittynyt verinen jälkivuoto, jota on edeltänyt rypäleraskaus, keskenmeno tai synnytys. Varsinkin viikkoja tai kuukausia kestävä vuoto keskenmenon jälkeen on mahdollinen oire istukkasyövästä. Ensimmäisinä ilmenevät oireet voivat aiheutua myös etäpesäkkeistä. Keuhkot ovat istukkasyövän aiheuttamien etäpesäkkeiden tavallisin kohde, ja näin ollen ensimmäiset oireet istukkasyövästä voivat olla keuhkojen etäpesäkkeiden aiheuttamat hengenahdistus ja veriyskökset. (Pakarinen 2011; Tiitinen 2013c.)

Aivoihin levinnyt etäpesäke voi aiheuttaa halvauksia, päänsärkyä ja kouristuksia. Istukkasyöpä voi kehittyä myös täysaikaisen raskauden aikana, jolloin tavallisimpia odottavan äidin oireita ovat verenvuoto emättimestä. Täysaikaisen raskauden aikana kehittyvä istukkasyöpä voi anemisoida sikiön ja aiheuttaa sikiön kuoleman. (Sjövall 2000.) Rypäleraskauden yhteydessä sikiötä ei kuitenkaan ole, ja istukkasyöpä ilmenee usein vasta seuranta-aikana.

Istukkasyövän diagnosointi tapahtuu seerumin ja virtsan hCG-pitoisuuden kartoittamisella. Positiivinen hCG-arvo raskauden tai raskauden jälkitilan jälkeen viittaa vahvasti trofoblastitautiin. Istukkasyövän hoitona käytetään solunsalpaajalääkitystä, joka valitaan

kliinisten luokitusjärjestelmien mukaan hCG-pitoisuudesta ja mahdollisista etäpesäkkeistä riippuen. Useimmiten hoitona käytetään metotreksaattia tai aktinomysiini D:tä. Näiden kahden lääkkeen yhdistelmälääkitystä käytetään suuremman riskin yhteydessä, ja kirurginen hoito tulee kyseeseen, kun solunsalpaajat eivät tarjoa riittävää vastetta. Solunsalpaajalääkityksen ansiosta trofoblastisairauksien ennuste on hyvä, ja istukkasyöpäkin on muuttanut statuksensa pahamaineisesta gynekologisesta syövästä yhdeksi parhaiten parantuvaksi syöväksi. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2542–2545.) Istukkasyövän ennuste on varsin hyvä, sillä vähintään 85 % istukkasyövän sairastaneista on elossa viiden vuoden kuluttua (Pakarinen 2011, 258–259). On kuitenkin tärkeää havaita istukkasyöpä ajoissa, jotta se pystyttäisiin hoitamaan mahdollisimman hyvin. Rypäleraskauden hoitona tehtävän imutyhjennyksen jälkeinen hCG-seuranta onkin hyvin tärkeää juuri istukkasyövän havaitsemiseksi.

3 RYPÄLERASKAUDEN HOITO JA SEURANTA

Rypäleraskauden yhteydessä trofoblastikudos tulee poistaa kirurgisesti mahdollisimman pian diagnosoinnin jälkeen (Joneborg & Marions 2005; NHS 2012). Sekä täydellisen että osittainen rypäleraskauden ensihoitona on kohdun imutyhjennys (Grenman & Leminen 2013). Jos imutyhjennyksen jälkeen istukkahormonipitoisuus ei tietyssä ajassa normalisoidu tai löydös on invasiivinen rypäleraskaus tai istukkasyöpä, joudutaan aloittamaan solunsalpaajahoidot (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2539, 2544).

3.1 Imutyhjennys eli evakuaatio

Trofoblastikudoksen runsaan verekkyyden vuoksi voimallista kaavintaa tulee välttää. Imutyhjennyksessä verenvuodon vaara on vähäisin, ja siksi rypäleraskaudessa kohtu tyhjennetään päiväkirurgisesti imutyhjennyksellä. Imutyhjennys tehdään yleisanestesiassa. Siinä kohdunkaulaa laajennetaan Hegarin laajentimilla ja sitten kohtu tyhjennetään imukyretillä. Yleensä raskauden kirurgisissa keskeytyksissä käytetään kohtua supistavia ja kohdun kaulaa pehmentäviä lääkkeitä, kuten prostaglandiineja ja oksitosiinia, helpottamaan raskaudenkeskeytystä ja vähentämään sen aiheuttamia komplikaatioita. (Grenman & Leminen 2013, 641; Raskaudenkeskeytys 2013.) Rypäleraskauden hoitona tehtävässä imutyhjennyksessä ja heti sen jälkeen kohtua supistavien lääkkeiden käyttöä tulee kuitenkin välttää, sillä kohdun supistumisen on arvioitu suurentavan trofoblastikudoksen embolisoitumisvaaraa (Grenman & Leminen 2013, 641; Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2544).

Ruotsalaisessa artikkelissa kerrotaan sekä ruotsalaisen että kansainvälisen kirjallisuuden varoittavan käyttämästä kohtua supistavia lääkkeitä rypäleraskauteen liittyvän imutyhjennyksen yhteydessä. Artikkelin mukaan kohdun lisääntynyt supistelu voi teoriassa levittää kohtuun jääneitä trofoblastisoluja muualle elimistöön ja aiheuttaa embolian. Kuitenkin erään pienemmän retrospektiivisen tutkimuksen mukaan tähän ei ole prostaglandiinien käytön yhteydessä löytynyt suurentunutta riskiä. Artikkelissa ehdotetaankin käytettäväksi prostaglandiineihin kuuluvaa misoprostolia rypäleraskauden hoitona tehtävässä imutyhjennyksessä. (Joneborg & Marions 2005.) Misoprostoli pehmentää kohdunkaulaa ja saa aikaan kohtulihaksen supistumisen. Lisäksi sitä käytetään ehkäisemään

tulehduskipulääkkeiden aiheuttamaa mahahaavaa. (Käypä Hoito 2013.) Suomalaisen ohjeistuksen mukaan prostaglandiineja ei suositella käytettäväksi rypäleraskauden hoidossa (Grenman & Leminen 2013).

Veriryhmältään rh-negatiivisille potilaille tulee toimenpiteen yhteydessä antaa anti-D-immunoglobuliinia, sillä trofoblastikudos muodostaa D-tekijää, ja sen vuoksi potilas alkaa tuottaa vasta-aineita rh-positiivisia punasoluja vastaan. Anti-D-immunoglobuliinilla potilaan immunisoituminen voidaan ehkäistä ja seuraavat raskaudet turvata. (Seckl, Sebire & Berkowitz 2010.)

Mahdollisia imutyhjennyksen jälkeisiä komplikaatioita voivat olla runsas verinen vuoto, kohdun seinämän puhkeaminen tai kohdunkaulan vaurioituminen. Tavallisimpia komplikaatioita ovat infektiot ja runsas verinen vuoto. Muut komplikaatiot ovat harvinaisempia, ja niitä esiintyy vain 0-4 tapausta tuhatta keskeytystä kohti. Myöhemmin voi myös selvitä, että kohtu on tyhjentynyt epätäydellisesti. Epätäydellisesti tyhjentynyt kohtu oireilee aiheuttaen pitkittynyttä verenvuotoa, alavatsakipuja ja kuumetta (Käypä hoito 2013.) Jos kohtuun on jäänyt residuakudosta, voidaan imutyhjennys joutua tekemään uudelleen (Grenman & Leminen 2013, 641). Tässä tapauksessa voidaan myös päätyä tekemään kohdun kaavinta (Pakarinen 2011). 90 %:lla kohtuun jäänyt solukko kuitenkin kuolee itsestään jonkin ajan kuluessa (NHS 2012).

3.2 HCG-arvon seuranta

Toistuva seerumin hCG-määritys on trofoblastitautien tärkein seurantamenetelmä. HCG-arvo kertoo kuvantamismenetelmiä ja klinisiä löydöksiä herkemmin taudin paranemisesta, etenemisestä tai hoidetun potilaan taudin relapsoitumisesta. Rypäleraskaudessa hCG-arvo on raskauden keston nähden korkea. (Loukovaara & Lehtovirta 2001; Fimlab 2012.)

Iso-Britanniassa tehtyjen tutkimusten mukaan täydellisten rypäleraskauksien jälkeen pahanlaatuista kudosta löydetään 15 prosentilla ja osittaisten rypäleraskauksien jälkeenkin 0,5-1,0 prosentilla potilaista. Keskimäärin on kymmenen prosentin mahdollisuus saada pahanlaatuiseksi määritelty tauti. Imutyhjennyksen jälkeen on tärkeää seurata hCG-arvoa. Seurannan avulla varmistetaan taudin paraneminen tai saadaan selville tau-

din jatkuminen. Rypäleraskauden imutyhjennyksen jälkeen odotetaan kolme viikkoa ennen kuin hCG-arvoa aletaan seurata, sillä imutyhjennyksen jälkeen kohtuun jää trofoblastikudosta, joka lähes kaikilla potilailla kuolee itsestään pian imutyhjennyksen jälkeen. (Loukovaara & Lehtovirta 2001; NHS 2012.) Grenmanin ja Lemisen (2013, 641) mukaan hCG-arvoja seurataan imutyhjennyksen jälkeen yleensä viikoittain, kunnes arvo normalisoituu. Jos tauti jatkuu, diagnosoidaan invasiivinen sairaus jo muutaman viikon kuluttua imutyhjennyksestä. 60 %:lla hCG-arvo normalisoituu kahdessa kuukaudessa. Jos arvo on kahden kuukauden jälkeen normaali, hCG-arvoa seurataan kuukauden välein puolen vuoden ajan. (Loukovaara & Lehtovirta 2001.) Grenmanin ja Lemisen (2013, 641) mukaan arvoa seurataan normalisoitumisen jälkeen vuoden ajan. Ensin kontrollit ovat kerran kuukaudessa puolen vuoden ajan ja sen jälkeen kolmen kuukauden välein.

Potilailla, joilla arvo ei normalisoidu kahdessa kuukaudessa, on yhden prosentin riski sairastua invasiiviseen tautiin. Jos tauti on invasiivinen ja jatkuu vielä kahden kuukauden seurannan jälkeen, seurataan hCG-arvoa viikon välein, kunnes se on alle 10 IU/l. Sen jälkeen arvo tulee kontrolloida kuukauden välein vuoden ajan. Toisena vuotena kontrollit tulisi olla kahden kuukauden välein. Loukovaaran ja Lehtovirran mukaan invasiivisessa taudissa hCG-arvoa tulee seurata kahden vuoden ajan, mutta Pirkanmaan sairaanhoitopiiri suosittelee seurantaan kahden vuoden seurannan jälkeen puolivuositain vielä kolmen vuoden ajan. (Loukovaara & Lehtovirta 2001; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2003; Grenman & Leminen 2013, 641.)

3.3 Kuvantamistutkimukset

Kun potilaalla on todettu rypäleraskaus, tulee hänestä välittömästi ottaa trofoblastitautien perustutkimuksiin kuuluva thoraxkuva (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2542; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2003). Thoraxkuva otetaan myös aina uudelleen, jos hCG:n lasku hidastuu tai pysähtyy. Jos kyseessä on invasiivinen moola tai istukkasyöpä, thoraxkuvat otetaan joka käynnillä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2003.) Keuhkojen röntgenkuva (thoraxkuva) kertoo muun muassa sydämen pumppaustoiminnasta, keuhko-kuumeesta sekä rintakehän sisäisistä vammoista, mutta sen avulla todetaan myös keuhkasyöpää ja muiden syöpien lähettämiä etäpesäkkeitä (Mustajoki & Kaikua 2008b).

Rypäleraskaudessa etäpesäkkeitä ilmenee tavallisimmin keuhkoissa, mutta niitä voi olla myös aivoissa, maksassa ja emättimessä (Loukovaara 2013). Jos keuhkometastaasi havaitaan, tulee välittömästi kuvantaa myös aivot metastaasien varalta. Lisäksi likvorin ja seerumin hCG-pitoisuuden suhde antaa viitteitä aivometastaasista, jos suhde on suurempi kuin 1:60. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2542; Grenman & Leminen 2013.)

Metastaaseja voidaan kuvantaa myös röntgenillä, tietokonetomografialla sekä magneettikuvantamisen avulla. Eri kuvantamismenetelmillä on omanlaisensa herkkyys löytää metastaaseja. Aivometastaasit havaitaan herkemmin magneettikuvauksella kuin tietokonetomografialla, ja keuhkojen mikrometastaasit puolestaan löydetään tietokonetomografialla. Thoraxröntgenissä mikrometastaasit puolestaan eivät näy. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2543.)

3.4 Solunsalpaajahoidot rypäleraskauden hoitomuotona

Täydellisistä rypäleraskauksista kahdeksan prosenttia ja osittaisista rypäleraskauksista neljä prosenttia joudutaan hoitamaan solunsalpaajilla (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2544). Tauti saattaa jatkua vain kohdussa tai lähettää etäpesäkkeitä muualle elimistöön (Pakarinen 2011). Myös pitkittynyt verinen vuoto kohdusta on indikaatio aloittaa solunsalpaajahoidon (Loukovaara 2013). Solunsalpaajahoidon tavoitteena on tuhota trofoblastisoluja ja syöpäsoluja. Solunsalpaajat vaikuttavat myös terveisiin soluihin haitaten niiden uusiutumista ja aiheuttaen haittavaikutuksia. Syöpäsolut ovat kuitenkin herkempiä solunsalpaajille kuin suurin osa terveistä soluista. Sivuvaikutusten laatu ja voimakkuus vaihtelevat valitun lääkkeen ja annoksen mukaan sekä potilaan yleiskunnon ja elimistön yksilöllisen herkkyyden mukaan. (Suomen syöpäpotilaat ry 2010, 6.)

3.4.1 Solunsalpaajahoidon indikaatiot ja hoidon valinta

Solunsalpaajat aloitetaan tiettyjen kriteerien täytyttyä. Istukkahormonipitoisuuteen liittyviä kriteereitä ovat: seerumin hCG-pitoisuus yli 20 000IU/l neljän viikon kuluttua imutyhjennyksestä, progressiivisesti suureneva hCG-arvo imutyhjennyksen jälkeen tai positiivinen hCG-löydös 4-6 kuukautta imutyhjennyksen jälkeen. Myös jatkuva verinen vuoto, kohtusyövän löytyminen sekä etäpesäkkeet aivoissa, maksassa, ruoansulatus-

kanavan alueella tai thorax-kuvassa yli 2cm:n sumentumat ovat kriteereinä solunsalpaajahoidon aloitukselle. Yhden kriteerin täyttyminen riittää solunsalpaajahoidon aloitukseen. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2544; Seckl ym. 2010; Grenman & Leminen 2013.) Myös hCG-pitoisuuden laskun pysähtyminen vähintään neljän mittauksen ja kolmen viikon ajaksi voi olla solunsalpaajahoidon aloittamisen aihe (Pakarinen 2011).

FIGO(International Federation of Gynecology and Obstetrics) on kehittänyt trofoblastitautien luokittelusysteemin (taulukko 1). Taulukkoa voidaan käyttää trofoblastitaudin vakavuusasteen arvioinnissa ja solunsalpaajahoidon valinnassa. Luokittelu jakaantuu pienen ja suuren riskin tautiluokituksiin. Pienen riskin ryhmään kuuluvat saavat pisteitä nollasta kuuteen ja suuren riskin ryhmään kuuluvat puolestaan saavat seitsemän pistettä tai enemmän. Pisteytyksen avulla pyritään löytämään solunsalpaajayhdistelmähoitoa tarvitsevat pahanlaatuiset trofoblastitaudit ajoissa. (Kohorn 2007, 208–209; Pakarinen 2011.)

TAULUKKO 1. FIGO:n trofoblastitautien luokittelu (mukaillen Kohorn 2007.)

FIGO pisteet	0	1	2	4
Ikä	<40	>40	/	/
Edeltävä raskaus	Rypäleraskaus	Keskenmeno	Täysiaikainen	/
Kulunut aika raskaudesta (kk)	<4	4 - <7	7 - <13	>13
Hoitoa edeltävä hCG-arvo	<1000	1000- <10 000	10 000- <100 000	>100 000
Suurin kasvain (cm)	<3	3 - <5	>5	/
Etäpesäkkeiden sijainti	Keuhkot	Perna, munuaiset	Maha-suolikanava	Maksa, aivot
Etäpesäkkeiden määrä	/	1 - 4	5-8	>8
Epäonnistunut solunsalpaajahoito	/	/	Monoterapia	Yhdistelmähoito

FIGO on luokitellut trofoblastitaudit myös niiden levinneisyyden perusteella (taulukko 2). I-IV luokat kattavat taudin rajoittumisen kohtuun, taudin rajoittumisen sukupuolielinten alueelle, taudin leviämisen myös keuhkojen alueelle sekä etäpesäkelöydökset myös muualla kuin keuhkojen alueella. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2543; Kohorn 2007, 208–209; Pakarinen 2011.) Lisäksi määritellyt alaluokat A-C kertovat riskitekijöiden määrän. Riskitekijöiksi on lueteltu Hcg-arvo yli 100 000 IU/l sekä diagnoosi yli kuukauden kuluttua raskauden päättymisestä. A-alaluokassa ei ole riskitekijöitä, B-alaluokassa on yksi riskitekijä ja C-alaluokassa on kaksi riskitekijää. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2543.)

TAULUKKO2. FIGO-levinneisyysluokittelu ja riskitekijät (mukaillen Loukovaara & Lehtovirta 2001, Kohorn 2007 & Pakarinen 2011.)

Luokat	Kuvaus
I	Tauti rajoittunut kohtuun
II	Tauti levinnyt kohdusta, mutta rajoittunut sukupuolielimiin
III	Tauti levinnyt keuhkojen alueelle
IV	Tauti levinnyt (myös) muualle kuin keuhkoihin
Alaluokat	Riskitekijöiden määrä
A	0
B	1
C	2
Riskitekijät:	
1)Hcg > 100 000 IU/l	
2)Diagnoosi yli 6kk:n kuluttua raskauden päättymisestä	

3.4.2 Käytettävät solunsalpaajat

Solunsalpaaja tai solunsalpaajat valitaan edellä esitettyjen kliinisten luokitussysteemien avulla. Pienen riskiryhmään tai FIGO:n I-III ryhmään kuuluvia potilaita hoidetaan pääasiassa metotreksaatilla. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2544.) Pakarisen (2011) mukaan pienen riskin taudissa annetaan metotreksaattia ja foolihappoa kahdeksana peräkkäisenä päivänä tai vaihtoehtoisesti daktinomysiiniä viitenä päivänä peräkkäin.

Metotreksaatti on solunsalpaaja, joka estää solutasolla epänormaalien istukkasolujen jakautumista ja tuhoaa niitä. Metotreksaatin voi annostella sekä lihakseen että laskimoon. Metotreksaattihoidossa käytetään aina myös tukena foolihappoa. Foolihapon tehtävä on suojata normaaleja soluja, ja lievittää metotreksaatin aiheuttamia sivuvaikutuksia, kuten väsymystä, limakalvojen kuivumista ja pahoinvointia. Foolihappo annostellaan lihakseen. Käytössä yleisesti on kalsiumfolinaatti (Antrex), joka on foolihapon aktiivinen metaboliitti. Lääkkeitä annostellaan aina vuoropäivinä aloittaen metotreksaatilla. Metotreksaatin annostus on 1mg/kg ja Antrexia annetaan yleensä 6mg. (Lääkeinfo.fi; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011; Metotreksaatti-foolihappo-hoito 2012.)

Osalle metotreksaattihoidoista ei sovellu aiheuttaen vakavia sivuvaikutuksia, kuten mukoosiittia, pleurakipua, aminotransferaasien kasvua ja myelosuppressiota, ja se joudutaan korvaamaan toisella lääkkeellä. Myös maksan toimintahäiriön yhteydessä käytetään ensisijaisesti muuta lääkehoitoa. Hoitoa jatketaan näissä tapauksissa aktinomysiini D:llä (daktinomysiini). Jollei tällä solunsalpaajahoidolla saada hCG-tasoa laskemaan alle vii-

dennekseen hoidon aloituksesta, tulee vakavasti miettiä yhdistelmäsolunsalpaajahoidon aloittamista. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2544; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011.)

Suureen riskiryhmään (FIGO> 7 pistettä) ja FIGO III-IV-luokkiin kuuluvat hoidetaan solunsalpaajayhdistelmällä. 1980-luvulta asti on ollut käytössä EMA/CO-hoito (taulukko 3.). Sillä tarkoitetaan etoposidin, metotreksaatin, aktinomysiini D:n, syklofosfamidin ja vinkristiinin lääkeyhdistelmää. Koska yhdistelmähoitoon kuuluu myös metotreksaatti, annetaan myös foolihappoa/kalsiumfolinaattia. EMA/CO-hoitojakso toistetaan ilman väliviikkoja niin kauan, kunnes hcg-arvo on alle 5 IU/l kahden hoitojakson ajan. Kun käytössä on useampi solunsalpaaja, sivuvaikutukset ovat myös yleisempiä. Yhdistelmähoitoon liittyviä sivuvaikutuksia ovat hiusten lähtö ja pahoinvointi sekä myelosuppressio eli luuytimen toiminnan heikentyminen. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2544; Pakari- nen 2011; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011.)

TAULUKKO 3. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin EMA/CO-hoidon toteutus

Korkean riskin potilaiden hoito - EMA/CO-hoitojakso			
Lääkeaine	Antotapa	Annos	Antopäivät
<i>Etoposidi</i>	i.v.	100mg/m ²	1, 2
<i>Metotreksaatti</i>	i.v.-inf.	300mg/m ²	1 (12h)
<i>Kalsiumfolinaatti</i>	i.m.	15mgx2	2, 3
<i>Daktinomysiini</i>	i.v.	0,5mg	1, 2
<i>Syklofosfamidi</i>	i.v.	600mg/m ²	8
<i>Vinkristiini</i>	i.v.	1mg/m ²	8

Jos tauti ei parane EMA/CO-hoidolla, voidaan kokeilla sisplatiini-etoposidi-hoitoa tai EMAEP-hoitoa, joka on etoposidin, sisplatiinin, aktinomysiini-D:n ja metotreksaatin yhdistelmä. Jos taudin todetaan olevan solunsalpaajille resistentti, suunnitellaan potilas- kohtainen salvage-hoito, jolla tarkoitetaan sädehoidon, kirurgisten hoitojen ja solunsal- paajien yhdistelmää. (FINGOG 2012.) Myös metastaasien yhteydessä voidaan käyttää säde- tai leikkaushoitoa, jos metastaasien sijainnit ovat suotuisia (Loukovaara & Lehto- virta 2001, 2544).

3.4.3 Solunsalpaajahoidon arvioitu kesto

Hoitojaksojen pituus ja toteutus vaihtelee valitun hoitomuodon mukaan (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011). Pienen riskin taudiksi (I-II) määritetyssä rypäleraskaudessa riittää yleensä kahdesta kolmeen 5-8 päivää kestävä hoitojakso, joiden avulla hCG- arvo saadaan laskemaan alle 2 IU/l (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2544). Hoitojaksot toistetaan kahden viikon välein (Pakarinen 2011). Ohjeistuksen mukaan pienen riskin potilaille annetaan vielä kaksi hoitojaksoa sen jälkeen, kun hCG-arvo on laskenut alle 5 IU/l. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2011; Grenman & Leminen 2013.) Jos hoitomuodoksi on valittu yhdistelmähoito EMA/CO, jatketaan sitä vielä hCG-arvon normalisoiduttuakin kahdesta neljään kertaan, sillä munasarjasuppression vuoksi hCG-arvo saattaa laskettuaan jälleen suurentua. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2544.) Suuren riskin taudissa hoitoa jatketaan vielä 3-4 kuukautta hCG-arvon normalisoiduttua (Pakarinen 2011).

3.5 Sätehoito

Rypäleraskauden yhteydessä sädehoitoa voidaan joutua käyttämään aivometastaasien hoidossa solunsalpaajahoidon rinnalla. Sädehoitoa käytetään myös muun hoidon lisänä salvage-hoidoissa. (FINGOG 2012.)

3.6 Kohdun poisto eli hysterektomia

Kohdun poistoa käytetään harvoin rypäleraskauden hoitomenetelmänä, mutta jos potilaalla ei ole aikeita enää tulla raskaaksi ja levinneen taudin sijaintia ei saada selville tai potilas kärsii henkeä uhkaavasta verenvuodosta, voidaan harkita myös kohdun poistoa. Erityisesti kohdunpoistoa harkitaan silloin, kun trofoblastikudosta on ollut kohdussa paljon. Kohdun poisto vähentää jonkin verran solunsalpaajien tarvetta, mikä puolestaan lievittää solunsalpaajien aiheuttamia sivuvaikutuksia. (Loukovaara & Lehtovirta 2001, 2544; Seckl ym. 2010.) Hysterektomian jälkeisinä komplikaatioina voi esiintyä verenvuotoa ja tulehduksia. (PPSHP 2013).

3.7 Uusi raskaus rypäleraskauden jälkeen

Rypäleraskaus voi toistua, ja seuraavassa raskaudessa trofoblastitaudin riski on huomioitava. Riski on tutkimusten mukaan kuitenkin hyvin pieni, vain prosentin luokkaa. (Cancer Research UK 2012.) Rypäleraskauden jälkeen suositellaan pidettäväksi taukoa ennen uuden raskauden yrittämistä ja solunsalpaajahoitojen aikana raskauden yrittäminen ei ole suotavaa. Jos istukkahormonitaso normalisoituu kahdessa kuukaudessa imutyhjennyksen jälkeen, voi seuraavaa raskautta yrittää puolen vuoden kuluttua. Muutoin suositellaan vaihtelevasti yhden tai kahden vuoden taukoa raskauden yrittämisestä. (Loukovaara & Lehtovirta 2001; Suomen syöpäpotilaat ry 2002.)

Korkea hCG-pitoisuus aiheuttaa kuukautisten loppumisen, ja vasta pitoisuuden normalisoiduttua kuukautiset voivat uudelleen alkaa. Myös solunsalpaajahoito aiheuttaa yleensä kuukautisten loppumisen hoidon ajaksi. Metotreksaatin yhteydessä on kuitenkin havaittu, että kuukautiset voivat myös palata jo solunsalpaajahoidon aikana, kun hCG-pitoisuus hoidon avulla saadaan normalisoitumaan. (Cancer Research UK 2012.) Seurannan aikana on tärkeää varmistaa ehkäisyasioiden olevan kunnossa, sillä raskaaksi tulo seuranta-aikana vaikeuttaa sairauden seurantaa ja lopullista paranemista.

Ehkäisy menetelmiksi soveltuvat ehkäisytabletit sekä kondomit (Cancer Research UK 2012). Ehkäisytablettien aloittamisajankohdasta ollaan kahta mieltä. Joidenkin tutkimusten mukaan ehkäisytablettien aloitus ennen hCG-tason normalisoitumista voi stimuloida trofoblastikudoksen aktivaatiota ja aiheuttaa taudin jatkumisen. (Joneborg & Marions 2005.) Myös toisen lähteen mukaan on todennäköisempää, että potilas tarvitsee solunsalpaajahoidon, jos ehkäisytabletit aloitetaan ennen hCG-tason normalisoitumista (Cancer Research UK 2012). PSHP:n ohjeena on, että ehkäisytabletit voidaan aloittaa, kun hCG-arvo on alle 10IU/l (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2003).

Mutta Grenmanin ja Lemisen (2013) mukaan ehkäisytablettien käyttö voidaan yleensä aloittaa jo diagnoosin varmistuttua. Myös Loukovaara ja Lehtovirta (2001) toteavat artikkelissaan, että yhdistelmäehkäisy pillereiden käyttö voidaan aloittaa heti imutyhjennyksen jälkeen. Kondomin käyttö on kuitenkin aina sallittua ja sen käyttöä suositellaan siihen saakka, kunnes hCG-taso on normalisoitunut (Cancer Research UK 2012).

Solunsalpaajilla on todettu olevan vain vähäisiä vaikutuksia fertiliteettiin ja valtaosa solunsalpaajahoidon saaneista potilaista tulee raskaaksi uudelleen. Solunsalpaajahoidon loppumisen jälkeen tulee odottaa ainakin vuoden ajan ennen kuin yrittää uutta raskautta. Seuraavan raskauden yhteydessä tulee tehdä jo alkuraskaudesta kaikukuvaus ja varmistaa, ettei kyseessä ole uusiutunut trofoblastitauti. Synnytyksen jälkeen istukka tutkitaan histologisesti. Synnyttäneelle suositellaan lisäksi hCG-arvon määrittystä kuuden viikon kuluttua synnytyksestä. (Grenman & Leminen 2013, 642; Loukovaara 2013; Tiitinen 2013c.)

4 RYPÄLERASKAUTEEN SAIRASTUNEEN NAISEN JA HÄNEN PERHEENSÄ SELVIITYMISEN TUKEMINEN JA OHJAUS

Sairastuessaan rypäleraskauteen nainen ja hänen perheensä joutuvat kohtaamaan monia vaikeasti hyväksyttäviä asioita. Alkanut raskaus joudutaan keskeyttämään. Raskaus ja tuleva lapsi menetetään. Lisäksi joudutaan käsittelemään myös sairastumista. Nämä tekijät yksinään, mutta varmasti myös yhdessä, voivat aiheuttaa kriisin ja surua.

Kohonen (2004, 2) on etsinyt tutkimuksessaan erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä. Auttamismenetelmiä ovat muun muassa keskusteleminen ja tiedon saannin turvaaminen, potilaan ja omaisten aktivointi ja toivon ylläpitäminen ja edistäminen sekä tuki tulevaisuuteen suuntautumisessa. Lisäksi auttamismenetelminä mainittiin tavoitteiden asettaminen, potilaan selviytymisstrategioiden vahvistaminen, läheisten tukeminen, veritaistuen järjestäminen sekä muutoksessa ja sopeutumisessa tukeminen. Olemme pyrkineet ottamaan nämä auttamismenetelmät seuraavissa kappaleissa huomioon ja pyrkineet kertomaan, miksi auttamismenetelmien käyttö hoitotyössä on tärkeää ja kuinka niitä tulisi hyödyntää osana hoitotyötä.

Seuraavaksi käsittelemme kriisin kokemista sekä surua. Taudin edetessä aloitetaan solunsalpaajahoidot, ja käsittelemme niiden vaikutusta ja hoitotyön tukemista hoidon aiheuttamissa sivuoireissa. Seksuaalisuus ja parisuhde joutuvat uuteen tilanteeseen ja niihin liittyy monia tunteita ja kysymyksiä, joten haluamme myös käsitellä niitä.

4.1 Kriisi reaktiona

Kriisi voidaan määritellä monin eri tavoin. Sitä kuvaa hyvin äkillinen pysähtyminen, kohtalokas muutos, elämän käännekohta sekä tilanne jossa ongelma ei ratkea ainoastaan aiempien kokemusten ja keinojen avulla. Ihminen kohtaa ja kokee elämänsä aikana kehityksellisiä tai traumaattisia kriisejä. (Aavaluoma 2003.)

Sairastuminen käynnistää ihmisessä kriisireaktion (Rosenberg 2007, 14). Sairastuessaan ihminen kokee kriisin, joka koettelee turvallisuudentunnetta ja minän pysyvyyttä. Sairastuminen aiheuttaa ihmisessä koettujen traumaattisten kokemusten ja turvallisuuden

tunnetta uhanneiden elämäntilanteiden aktivoitumisen. (Aavaluoma 2003.) Kun sairastuminen todetaan äkillisesti, alkaa psyykkinen sopeutumisprosessi välittömästi. Kriisi voi kestää kauan tai lyhyenkin ajan sekä ilmetä varsin erilaisilla tavoilla, koska tilanteen vakavuus ja henkilön persoonallisuus vaikuttavat asiaan olennaisesti. Sairastuminen aiheuttaa paljon muutoksia elämän eri osa-alueilla, ja alkujärkytyksen kautta alkava sopeutumisprosessi on luonteeltaan raju. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 159–161; Rosenberg 2007, 14.)

Kiiltomäen ja Muman (2007) mukaan ihminen reagoi yksilöllisesti kriisitilanteisiin avuttomana, levottomana ja hämmentyneenä. Vaikea kriisi voi pahimmillaan johtaa toimintakyvyn lamaanumiseen. Sairastuneen ja sitä kautta kriisin kohdanneen henkilön sopeutumisprosessi ja siihen kuuluvat vaiheet ovat yleensä hyvin lainalaiset ja yhdenmukaiset. Yksilöllisiä eroja ja poikkeavuuksia ilmenee sopeutumisprosessin kestoon ja reaktioiden voimakkuuteen liittyen.

Tuusan (2008) tutkimustulosten mukaan sairastuneet kokevat saavansa liian vähän sairautaan koskevaa tietoa, mutta vaikeimpana asiana sairastuneet ovat kuitenkin kokeneet sen, että ovat jääneet psyykkisen kriisin suhteen yksin. Sairastuneet kokevat myös jääneensä ilman tulevaisuudessa selviytymiseen ja orientoitumiseen liittyvää tiedonantoa.

4.1.1 Kriisin vaiheet

Kriisi etenee tiettyjen vaiheiden mukaan, ja sen eteneminen voidaan erotella neljään eri vaiheeseen. Näitä vaiheita ovat: sokkivaihe, reaktiovaihe, käsittelyvaihe sekä uudelleen-suuntautumisen vaihe. (Henriksson & Lönnqvist 2007, 279.)

Sairastunut tai traumaattisen tapahtuman kokenut ihminen etsii syyllistä ja syytä sairastumiselle tai tapahtuneelle. Sokkivaiheen tunteet vaihtelevat hyvinkin suurista ja voimakkaista tunteista aina tunteettomuuden tai lukkiutuneisuuden tunteeksi. (Pohjola-Pirhonen, Poutiainen, Samulin 2007, 13–18.) Sokkivaihe käynnistyy yleensä heti traumaattisen tapahtuman tai järkyttävän tilanteen jälkeen ja voi kestää hetken tai useiden vuorokausien ajan. Sokkivaiheen tyypillisiä ilmenemisiä ovat kieltäytyminen, lamaantuminen ja päinvastoin kaoottinen kiihtyminen. Kieltäytyminen toimii puolustuskeinona ja onkin ns. normaali reaktio ihmisen selviytymisen kannalta. Ihmisen tila lamaantune-

suudesta ja kaoottisen kiihtymiseen voi vaihtua nopeasti. Huutaminen, itkeminen, hallitsematon motorinen levottomuus sekä raivoaminen voivat olla sokkivaihetta läpikäyvän henkilön käytöstä. Sokkivaiheelle on ominaista, että itse vaiheesta ei muista jälkeensä paljoa, joten sokkivaiheessa annettu informaatio voi unohtua täysin. Sokkivaiheessa annettu informaatio tulisikin kerrata jälkeensä (Traumaterapiakeskus 2013).

Sokkivaiheen jälkeinen reaktiovaihe kestää pääsääntöisesti parista viikosta pariin kuukauteen. Reaktiovaiheelle on ominaista, että ihminen ymmärtää tapahtuneen ja alkaa reagoida siihen. Reaktiovaiheessa ilmenee itkun, syyllisyyden, epätoivon ja surun tunteita. Yksilöllisyydestä riippuen osa ihmisistä etsii aggressiivisesti ja vihaisesti syyllistä tapahtuneeseen. Syyttämisen ja syyllistämisen taustalla on ihmisen suojausmekanismi, jonka tarkoituksena on suojata omien vaikeiden tunteiden kohtaamiselta. Reaktiovaiheessa olevalla voidaan havaita myös vahvoja somaattisia tuntemuksia ja oireita kuten esimerkiksi pahoinvointi, väsymys ja rytmihäiriöt. (Noppari ym. 2007, 159–161.) On mahdollista, että ihminen voi suhtautua reaktiovaiheen aikana ilmeneviin muutoksiin positiivisella asenteella. Tällaisessa tilanteessa henkilön on pakko hyväksyä tosiasiat ja tapahtunut, sekä aloitettava sopeutuminen. (Saari 2000, 81.) Reaktiovaiheen aikana moni kuitenkin etsii syitä sairastumiselleen ja käy läpi elintapojaan ja ympäristöään pyrkien löytämään niistä syitä tai selitystä tapahtuneelle. Ihminen voi ajatella sairauden myös olevan rangaistus aiemmin tapahtuneesta. Usein lääkärit ja hoitajat voivat olla syyllistämisen kohteena koska syyllistä etsitään niin lähipiiristä kuin hoitavasta tahostakin. (Kaulio & Ylitalo 2007, 159–160.)

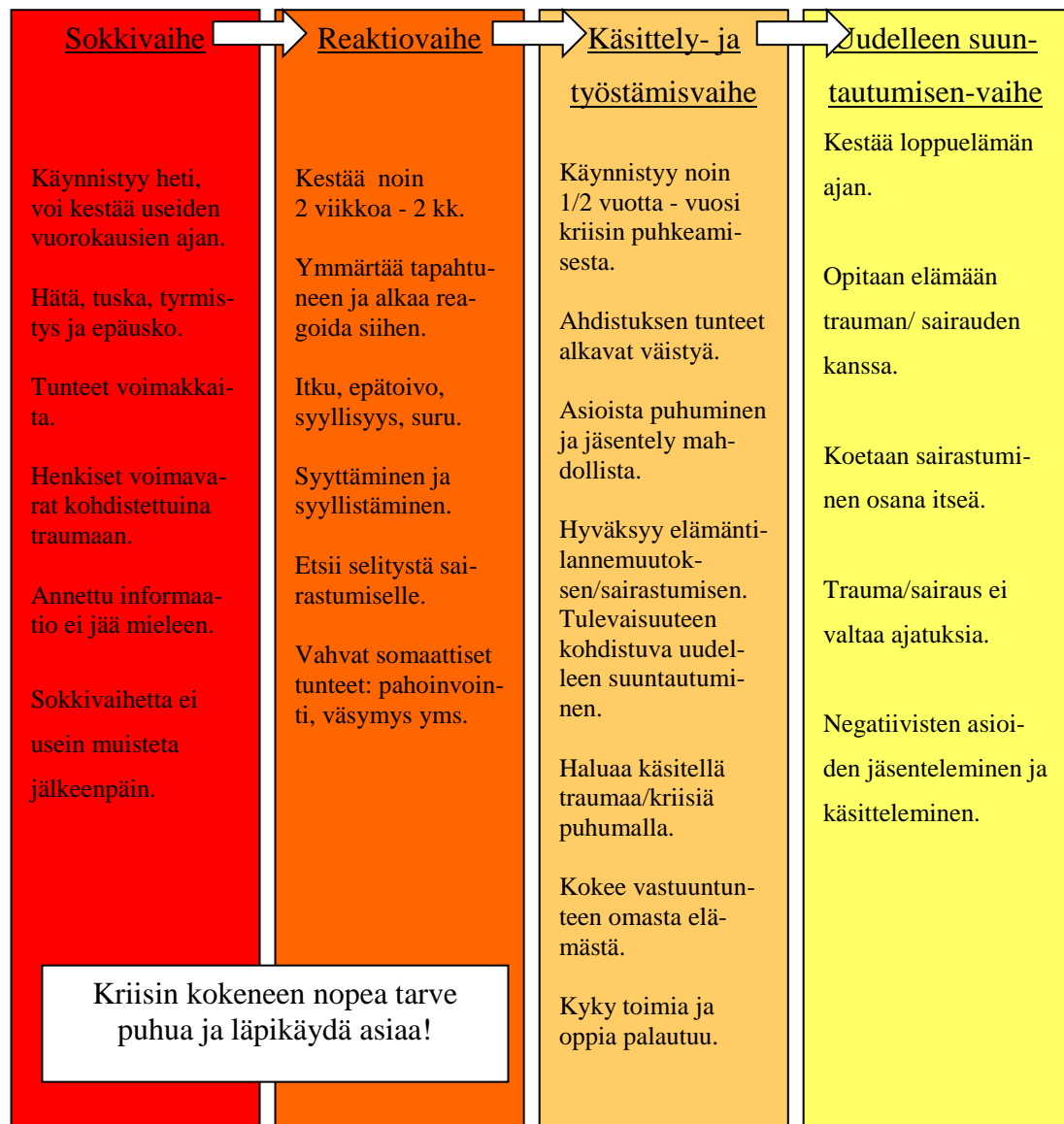
Sokki- ja reaktiovaiheessa henkilöllä on usein paniikinomainen ja nopea tarve puhua sekä läpikäydä tapahtunutta traumaattista asiaa. Puhumisen tarkoituksena on luoda suojamuuri trauman ympärille. Puhumisella onkin suuri merkitys sokki- ja reaktiovaiheessa, koska mieli alkaa vähitellen sulkeutua ensimmäisten päivien kuluttua trauman kohtaamisesta. Mielen sulkeutumisen jälkeen tarve puhua häviää, ja traumasta puhuminen voidaan kokea uuvuttavana ja rasittavana. Mielen sulkeuduttua trauman kokenut henkilö aloittaa vaikean asian käsittelyn itsenäisesti sulkeutuen ympäristöstään. Tässä vaiheessa henkilö kokee usein suurta ahdistusta ja voi masentua tai sairastua psyykkisesti. (Saari 2000, 60–66.)

Käsittely- ja työstämisvaihe ilmenee yleensä vasta puolen vuoden tai vuoden kuluttua kriisin puhkeamisesta. Käsittely- ja työstämisvaiheelle on ominaista, että pahimmat ja

voimakkaimmat ahdistuksen tunteet alkavat vähitellen väistyä. Henkilö pystyy puhumaan tunteistaan helpommin ja tapahtuneita asioita voidaan jäsenellä. (Noppari ym. 2007, 159–161.) Käsittely- ja työstämisvaihetta voidaan kutsua myös läpityöskentelyvaiheeksi. Olennaista tälle vaiheelle on, että kriisin akuuttivaihe on päättynyt, ja henkilö aloittaa tällöin tulevaisuuteen kohdistuvan uudelleen suuntautumisen. Läpityöskentelyvaiheessa henkilön psyyke hyväksyy elämäntilannemuutoksen jonka sairaus on aikaansaanut tai aiheuttanut. Sokki- ja reaktiovaiheessa henkiset voimavarat ja keskittyminen ovat olleet kohdistettuina traumaan, joten läpityöskentelyvaihe antaa mahdollisuuden asian käsittelylle ja kriisistä selviytymiselle. Läpityöskentelyvaiheessa henkilö käsittelee traumaa puhumalla ihmisten kanssa. Lisäksi negatiiviset ajatukset ja sairauden kielttäminen väistyvät ja henkilö kohtaa tärkeitä tuntemuksia henkisen hyvinvoinnin kannalta. Syyllisyydentunnetta on helpompaa käsitellä ja vastuun kantaminen ja vastuullisuus omasta elämästä mahdollistuu. Trauman kokeneen henkilön elämä normalisoituu ja kyky toimia ja oppia palautuvat. Usein ihmiset palaavat työelämäänsä tässä kriisin vaiheessa ja työntekeä voikin toimia henkisen hyvinvoinnin edesauttajana tässä tilanteessa. (Saari 2000, 60–66.)

Uudelleen suuntautumisen vaihe on ns. kriisin viimeinen vaihe, joka on päättymätön osa ihmisen elämää koska tämä vaihe kestää koko loppuelämän ajan. Tavoite on oppia elämäänsä trauman tai sairauden kanssa, ja sisäistää tapahtunut osaksi itseä ja kokemuksiaan. Trauma tai sairaus ei kuitenkaan ole jatkuvasti ajatuksissa. (Noppari ym. 2007, 159–161.) Kriisin kokovaltaisessa prosessissa olennaisinta on pyrkiä oppia ajattelemaan, että negatiiviset kokemukset ovat osa elämää ja kriisin kohdanneen persoonallisuutta. Negatiivisten kokemusten ja asioiden käsitteleminen on todella tärkeää osana mielen puolustusjärjestelmää. (Saari 2000, 68–70.)

Potilaan hoitaminen vaatii henkilökunnalta kykyä tunnistaa, missä kriisin ja selviytymisprosessin vaiheessa potilas on (kuvio 1). Vaiheiden tunnistaminen auttaa hoitohenkilökuntaa valitsemaan sopivia hoitotyön toimintoja paremmin. Eri vaiheille tyypillinen käyttäytyminen on melko helposti tunnistettavissa. Potilaan käyttäytyminen kuvaa selviytymisprosessissa etenemistä hyvin. Hoitohenkilökunnan on tärkeää muistaa, että selviytymisprosessin etenemiseen vaikuttavat sairauden eteneminen ja fyysisiin tarpeisiin vastaaminen. (Eriksson & Lauri 2000, 54–55.)



KUVIO 1. Kriisin vaiheet

4.1.2 Kriisi sairastuessa

Kriisi loukkaa ihmistä henkisesti tasolla. Jos kokee oman haavoittumattomuuden- ja turvallisuudentunteen murtuvan, voi tuntua siltä, että kadottaa hetkellisesti otteensa elämästä. Hallinnan tunteen menettämisen kokeminen voi aiheuttaa avuttomuutta, häpeää ja pelkoa. Ihminen tietää, että elämän aikana koetaan pettymyksiä ja vastoinkäymisiä, mutta usein kokee itsensä haavoittumattomaksi. Tällainen ajattelu auttaa selviämään ja tukee identiteettiä. Opimme kriisien kokemisesta ja niiden läpikäyminen kasvattaa henkisesti, vaikka niiden kohdatessa esimerkiksi sairastuessa se tuntuukin ylittämättömän vaikealta. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 35.)

Sairastuessaan ihminen kohtaa tilanteen, jossa tulevaisuuden mielikuvat muuttuvat ja normaali elämäntilanne pysähtyy. Tällainen tilanne huolestuttaa potilasta ja lisäksi aiheuttaa turvattomuutta ja tunteen elämän hallinnan menettämistä. Sairastuminen laukaisee erilaisia tunnereaktioita. Tunnereaktiot ovat normaaleja tiettyyn rajaan asti, mutta on tilanteita, jolloin voimistuneiden psyykkisten reaktioiden vaikutus yhteistyöhön hoitohenkilökunnan kanssa ja vuorovaikutuksellisesti vaikeutuu. Vaikutuksen myötä potilaan osallistuminen sairautensa hoitoon toivotulla tavalla estyy. Vakava sairaus, siitä johtuvat raskaat hoidot sekä pelko elämän päättymisestä vaikuttavat vahvasti myös psyykkisesti terveeseen henkilöön ja hänen sopeutumiskykyynsä. (Pesonen 2011, 1829)

Sairauden luonteesta riippuen sairaalahoito- tai jakso voi nykyisin olla varsin lyhytkestoinen. Seurauksena tästä on siis mahdollista, että potilaan kokema sairastumisen laukaisema kriisireaktio voi ilmetä vasta potilaan kotiututtua. Tällöin potilas mahdollisesti ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon psyykkisten oireiden voimistuttua ja huomattessaan niiden vaikutuksen toipumiseen ja arjessa selviytymiseen. Kriisihoidon tarve syntyy potilaan tilan ollessa vakava tai hoidon pitkittyessä, jolloin potilaan psyykkiset hallintakeinot eivät riitä. Tyypillinen kriisihoidon tarve on potilailla, jotka saavat pitkäkestoista syöpähoitoa. (Pesonen 2011, 1830.)

4.1.3 Kriisihoidon toteutus

Akuuttiluontoinen kriisityö on luonteeltaan ennaltaehkäisevää, ja sen pyrkimyksenä on torjua ja lievittää traumaattisen tapahtuman aiheuttamaan psyykkistä stressiä sekä traumojen syntyminen. (Palosaari 2007, 193.)

Pesosen (2011) mukaan vakavasti sairaan potilaan hoidossa hoitajan perushoidollisiin tehtäviin kuuluu potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen, psyykkisen tilan seuranta sekä empaattinen huolenpito. Nämä perushoidolliset kulmakivet sisältävät supporttiivisia sekä kriisireaktiota ja stressiä lieventäviä elementtejä. Joskus potilaan stressioireilussa tulee kuitenkin tilanne, jolloin tarvitaan pikaista kriisihoitoa. Tällaisessa tilanteessa terapeutti-lääkäritöpari tai psykiatrisen koulutuksen omaava työntekijä suorittaa spesifisen intervention. Yleinen käytäntö on, että sairaan potilaan kriisihoidon toteutuksessa voidaan soveltaa Käypä hoito- suosituksen yleislinjausta traumaperäisen stressire-

aktion hoidosta. Kriisihoito voi tapahtua sekä avohoidossa tai sairaalassa. (Pesonen 2011, 1832.)

Keskeistä kriisihoidossa on se, että potilaan fyysiset ja psyykkiset stressioireet pyritään rauhoittamaan mahdollisimman varhain panostaen potilaan yksilölliseen arviointiin. Kriisihoito on kestoaltaan lyhytaikainen, noin muutaman viikon ajan kestävä interventio. Intervention aikana psykologi tai psykiatrinen sairaanhoitaja tapaa potilaan tarpeen mukaan. Kriisihoitajana toimiva luo potilaaseen rauhoittavan ja inhimillisen vuorovaikutuksen, jolloin potilas saa mahdollisuuden purkaa tilanteestaan syntyneitä tunnekuormaa ja huolta. Kriisihoidon aikana keskitytään olennaisesti ajankohtaiseen sairauden aikaansaamaan ja synnyttämään kriisitilanteeseen. Keskusteluissa käydään läpi potilaan elämäntilannetta ja pyritään löytämään potilaalle selviytymiskeinoja tilanteeseen. Kriisihoitaja vahvistaa myös potilaan ja hänen sosiaalisen verkostonsa eli esimerkiksi perheen välistä suhdetta. (Pesonen 2011, 1832.)

Psykyen lääkehoito ja kriisihoito täydentävät toinen toistaan. Kun kriisihoitopotilaan tila vaatii psykyen lääkehoitoa, lääkehoidon tavoitteena on tukea ja palauttaa potilaan psyykkistä toimintakykyä lievittämällä akuuttia kriisistä johtuvaa oireenmuodostusta. Psykyenlääkehoidossa on kuitenkin huomioitava somaattisen sairauden hoidossa käytettävät lääkkeet ja niiden aikaansaamat mahdolliset haitta- ja yhteisvaikutukset, jolloin varmistetaan lääkkeiden teho, turvallisuus ja siedettävyys. Lisäksi tulee huomioida, että ahdistuksen hoidossa käytetyt bentsodiatsepiinit voivat aikaansaada kognitiivisia haittavaikutuksia, jotka puolestaan mahdollisesti hankaloittavat psykologista kriisin käsitteilyä. (Pesonen 2011, 1833.)

4.2 Suru

Raskauden keskeytyessä raskaana ollut nainen ja hänen perheensä kokee kriisin lisäksi myös surua. Kriisin kohtaaminen hoitotyössä on varsin paljon käsitelty asia, mutta tulee myös huomioida surun merkitys hoidon jatkuvuudessa ja siinä, että surua voidaan kokea kriisin tavoin loppuelämän ajan.

Surua on haastavaa määritellä käsitteenä, sillä suru voi olla hyvin monimuotoista. Suruun voidaan yhdistää termejä, joita ovat epäonni, menetys ja onnettomuus, jotka itsessään aiheuttavat emotionaalista kärsimystä. Suru koetaan hyvin yksityisenä ja omana.

Ainoastaan surua kokeva voi ymmärtää menetyksen ja mitä menetys merkitsee hänelle. Suru on ihmisen sisällä koettu kokonaisuus, joka muodostuu menetystä koskevista tunteista ja ajatuksista. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 9.) Suru on ikävän tapahtuman, epämieluisan olotilan tai koetun menetyksen aiheuttamaa pitkäkestoista ja voimakasta mielihäiriön tunnetta ja murhetta. Suru on kuvattu ryhmänä reaktioita menetykseen. (Poi-jula 2002, 18.)

Surua voidaan usein luokitella kielteiseksi tunteeksi, mutta suruun liittyy myös positiivisia piirteitä. Suru voi murrosten kautta antaa mahdollisuuden kypsymiseen ja omien uusien ulottuvuuksien löytämiseen. Tällöin suru sisältää helpottuneisuutta, rakkautta, nöyryyttä ja hyväksyntää. (Laakso 2000, 19.) Holmin ja Turusen (2008,8) mukaan surun ja menetyksen kokeminen ovat luonnollinen osa ihmisen elämää. Suru vaikuttaa ihmiseen kokonaisvaltaisesti, jossa ainoastaan mieli ja sydän eivät sure, vaan surun tuntee koko kehossa.

Suru ei ole sama asia kuin masennus, mutta sureva voi toki olla masentunut. Suru ei ole sairaus, eikä suruun auta mikään muu kuin sureminen. Sureminen voi aiheuttaa hyvinvoinnin voimakkaita fyysisiä oireita kuten vatsakipua, huimausta, väsymystä ja päänsärkyä. Lisäksi suremiseen voi liittyä toimintakyvyn alenemista. (Hänninen & Pajunen 2006, 144–149.)

Sureminen on pitkäkestoinen prosessi, jonka keskeisin luonne on tilanteeseen sopeutuminen. Jokainen ihminen voi surra omalla tavallaan, eikä ole oikeaa tapaa surra. Suremisen alkamisen ja loppumisen ajankohtia ei ole tarpeellista määritellä. Surulle on ominaista, että lopulta se johtaa tasapainon löytämiseen ja tilanteen hyväksymiseen. (Ylikarjula 2008, 47–51.)

Hoitotyötä tehdessä ja surevaa ihmistä kohdatessa tulee muistaa yksilöllisyys, joten surevaa ei voi ajatella hoidettavan kaavamaisesti. Hoitajaa kuitenkin auttaa, jos hän osaa tunnistaa surevan ihmisen ominaisuuksia tai piirteitä sekä mahdollisen surutyön vaiheita. Laakso (2000) painottaa suruprosessin määrittelyssään yksilöllisyyttä ja sitä, että surun vaiheet voivat edetä poikkeavasti, osa vaiheista voi jäädä tulematta ja vaiheiden kestossa on eroavaisuuksia. Hoitotieteen näkökulmasta tarkastellaan asiaa siltä kannalta, että surun vaiheiden ja niiden tunnistaminen surevasta henkilöstä helpottaa hoitavaa

tahoa ymmärtämään surevan tunnetiloja ja reaktioita, ja sitä kautta auttamaan niiden tukemisessa. (Laakso 2000, 24–25.)

4.2.1 Surun vaiheet

Surun ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu kieltäminen, järkytys ja sokki. Kieltämisen avulla ihminen pakenee todellisuutta koettuaan yllättävän ja vaikean tapahtuman. Kieltämisen, järkytyksen ja sokin vaiheille voi olla ominaista, että surua kokeva hävittää kaiken entisestä elämästään ja esimerkiksi kuolleesta omaisestaan muistuttavat asiat. (Laakso 2000, 22–23.)

Surun toiseen vaiheeseen kuuluu vihan, kateuden ja katkeruuden tunteita. Vihaa voidaan pitää hämmentävänä tunteena läheisen kuoleman tai muun surullisen tapahtuman kokemisen jälkeen. Vihan tunnistaminen on kuitenkin tärkeää, sillä surutyön eteneminen voi vaikeutua jos vihaa ei tunnisteta. Sureva voi kohdistaa vihansa ulkopuoliseen, asiaan kuulumattomaan ja tapahtuneesta syyttömään. Viha voi kohdistua esimerkiksi hoitohenkilökuntaan tai perheenjäseniin. Kohdistettua vihaansa, sureva voi tuntea ohessa syyllisyyttä, pelkoa ja ahdistusta. Perheen sisälle kohdistettu viha voi ilmetä syyttelynä, yleisimmin silloin kun lapsi kuolee ja vanhemmat etsivät toisistaan syitä lapsen kuolemalle sen sijaan kuin tukisivat toisiaan. (Laakso 2000, 23–24.)

Laakso (2000) kuvaa surun kolmatta vaihetta katkeruutena ja konkurssina jolle on tyypillistä tyhjyyden tunne. Elämä voi tuntua yksitoikkoiselta ja sureva voi ajoittain unohtaa läheisensä. Suruprosessin neljänteen vaiheeseen kuuluu olennaisesti sitoutumisen tunne. Suurin tuska on tässä vaiheessa ohi, ja sureva on valmis aloittamaan elämänsä uudelleen järjestämisen. Suruprosessin viimeistä vaihetta, vaihetta viisi kuvataan itsetuottamuksen ja vahvuuden ajaksi. Lisäksi sureva kykenee viimeisessä prosessin vaiheessa samaistumaan menetettyyn. (Laakso 2000, 24.)

4.2.2 Eroavaisuudet suremisessä

Suru ilmenee ihmisistä eri tavoin. Persoonallisuus, elintavat, ihmissuhteet ja kulttuuritaustat vaikuttavat siihen, miten ihminen kokee ja tuo ilmi kokemaansa surua. Suriijan

elämäntilanne ja perhetilanne määrittelevät surun kokemista ja käsittelyä. (Kyyrönen 2000, 152.)

Vanhempien persoonallisuus, aikaisemmat kokemukset ja koettelemusten uusiutuminen tai vanhojen koettelemusten kasaantuminen vaikuttavat surusta selviytymiseen sekä sopeutumiseen. Menetyksen luonne ja saatavilla olevan tuen määrä vaikuttavat myös surusta selviytymiseen. (Uusitalo 2007, 82 – 83.) Kriisistä ja vaikeasta kokemuksesta toipuminen ja siitä palaaminen omaan vanhaan elämään voi olla vaikea ja pitkä tunne-matka. Prosessi on kivulias mutta sen avulla kokija päästää irti asiasta jota ei voi säilyt-tää. Irtipäästäminen on keskeistä elpymisessä, mutta tarkoituksena ei ole ohjata ihmistä unohtamaan, vaan pikemminkin luopumaan. (Ruishalme & Saaristo 2007, 59.)

Vanhempien tavassa surra on eroja. Äidit usein etsivät sosiaalista tukea surunsa käsitte-lyyn. Isät surevat menetettyä lastaan yhtä intensiivisesti kuin äidit vaikka tavat sen esille tuomiselle voivat poiketa. Isät usein aliarvioivat tai peittävät tunteensa. Sosiaalisissa tilanteissa isä voi esittää ja näyttää vahvalta, mutta ei omaa valmiutta puhua tapahtu-neesta. Siinä missä äidit usein hakevat sosiaalista tukea suruunsa, isät usein haluavat olla yksin ja ajatella. (Ylikarjula 2008, 33 – 34.)

Suru ja järkytys voivat ilmetä eri tavoin vanhemmista. Vanhemmat voivat olla lamaan-tuneita, hiljaisia tai aggressiivisia. Osa näyttää hallitsevansa täysin tilanteen ja ovat olemukseltaan tyyniä. Hiljaisuus, huuto, itku ja raivo kuuluvat myös tilanteeseen ja tuo-vatkin menetyksen lähemmäs vanhemman tajuntaa. (Ivanoff, Kitinoja, Rahko, Risku & Vuori 2001, 302.)

Hoitotyötä tekevän on tärkeä ymmärtää suru prosessina ja tunnistaa surun kehitysvai-heet, jotta voidaan tukea ja auttaa surevaa. (Laakso 2000, 22.) Tulee kuitenkin huomioi-da, että vain osa ihmisistä suree tiettyjen vaiheiden kautta ja onkin mahdollista, että suru kestää läpi elämän. Suru on yksilöllistä, vaihtelevaa ja surujaksot voivat ilmetä tai edetä päällekkäin. (Telenius 2010, 8.) Erjantin (2005) mukaan suruun ei liity selviä vaihteita ja suru onkin elinikäinen voimia vaativa prosessi jonka myötä suru ajan myötä lievittyy, mutta hän kuvaa surua vuorovaikutuksellisenä ja persoonaa kasvattavana tekijänä.

4.2.3 Suru raskauden keskeytyessä

Raskauden keskeytyminen ja sen myötä syntymättömän lapsen menettäminen on kerrottu olevan äidin suurimpia pelkoja. Raskauden alkuvaiheessa syntyneet haaveet ja unelmat lasta kohtaan saavat dramaattisen käänteeseen, kun lapsi äkillisesti menetetään. Vanhempien tulevaisuuden haaveet ja unelmat lapsesta eivät pääse toteutumaan. Lapsensa menettäneet vanhemmat kokevat usein myös, että ovat vanhempina epäonnistuneita ja turvallisiksi koettu maailma voi tuntua vaaralliselta ja elämän merkityksellisyys voi kyseenalaistua. (Ylikarjula 2008, 28-29.) Vanhemmat kokevat odotusten ja unelmien hajoavan lapsen kuollessa. Syvä rakkaus lasta kohtaan tekee lapsen menetyksestä yhden elämän raskaimmista kokemuksista. (Erjanti & Paunonen-Ilmonen 2004, 102.)

Vanhemmat kokevat lapsensa menetyksen kokonaisvaltaisesti, ja arkielämän kohtaaminen tuntuu usein merkityksettömältä ja mahdottomalta. Voimattomuus voi ilmetä suojattomuuden, turtuneisuuden ja epätodellisuuden tunteina. (Engblom & Lehtonen 2010, 23.) Suru ilmenee ihmisistä eri tavoin. Persoonallisuus, elintavat, ihmissuhteet ja kulttuuritaustat vaikuttavat siihen, miten ihminen kokee ja tuo ilmi kokemaansa surua. Myös menehtyneen henkilön asema, tärkeys ja menehtymistapa vaikuttavat olennaisesti surun kokemiseen. Surijan elämäntilanne ja perhetilanne määrittelevät surun kokemista ja käsittelyä. (Kyyrönen 2000, 152.)

Lapsen kuolema luokitellaan usein raskaimmaksi koettelemukseksi. Kuoleman kohtaaminen ja käsittely herättävät paljon kysymyksiä ja vievät ihmisen äärimmäisten koettelemusten reunoille. Suru ja sen kokeminen on hyvin yksilöllistä, ja sureva usein kohtaa ennen kokemattomia äärimmäisen voimakkaita tunteita. (Engblom & Lehtonen 2010, 13.) Raskauden keskeytyessä ja lapsen menetettyä, nainen tuntee paljon surua menetettyä raskauttaan ja lastaan kohtaan. Voimakkaat tunteet ilmenevät syvänä suruna, vihana ja epäonnistumisena. Raskauden lyhytaikainen kesto ennen keskeytymistä tai raskauden suunnittelemattomuus eivät tee koettelemuksesta helpompaa. On todettu, että naisen kiintymys odotettua lasta kohtaan vaikuttaa raskauden keskeytymisen jälkeen koetun surun syvyyteen. (Järvi 2007, 43–44.) Surutyön ja traumatyön psyykkiset prosessit muistuttavat toisiaan. Kun lapsi menetetään äkillisesti, vanhemmat kohtaavat sekä traumatyön että surutyön läpikäymisen. Jotta surutyö on mahdollista käydä läpi, tulee ennen sitä läpikäydä trauma. (Poiijula 2002, 74.)

4.2.4 Miten suru ilmenee vanhemmista

Lapsen menettämisen yhteydessä vanhemmilta vaaditaan paljon voimia surusta selviytymiseen. Suru tekee vanhemmista fyysisesti ja psyykkisesti uupuneita ja heikkoja. Lapsen menetys voidaan luokitella mahdollisesti elämän traumaattisimmaksi prosessiksi, joten on todella tärkeää, että vanhemmille suodaan mahdollisuus keskittyä itseensä ja selviytymiseensä. Ajan kuluessa vanhemmat omaavat enemmän voimia ymmärtää tapahtunutta, sekä selviytyä ja läpikäydä menetystään. (Poijula 2002, 200 – 201.)

Ensimmäisten viikkojen aikana lapsen menetyksen jälkeen, vanhemmat voivat kokea ristiriitaisia ajatuksia ja outoja tunteita. Ajatuksia voi olla vaikeaa kohdistaa ja ylläpitää nykyhetkessä. Aiemmin yksinkertaisina ja helppoina koetut tehtävät voivat tuntua vaikeilta ja haastavilta. Puhumisen merkitys korostuu selvästi tässä vaiheessa. Jos tuntee olevansa eksyksissä vointinsa ja ajatustensa kanssa, on hyvä puhua niistä aktiivisesti. Selviytyäkseen surua tulee jakaa ja siitä tulee puhua toistuvasti. (Poijula 2002, 204–205.) Menetyksen kokenut voi reagoida suruun ja menetykseen eri tavoin. Monet vanhemmat ovat tunteneet raskauden keskenmenon jälkeen yllätyksekseen voimakasta vihaa, joka on kohdistunut lapsiin ja odottaviin äiteihin. (Järvi 2007, 49.)

Lapsen menetyksen ja kuoleman jälkeen elämä pyörii ahdistuksen ympäröimänä, ja menetys vaikuttaa suuresti perheen tasapainoon. Ongelmia alkaa esiintyä ja vanhemmat syyttelevät herkästi toisiaan aiheettomasti. Tilanne voi aikaansaada vihamielistä uhmaa ja tunteita, jotka puretaan usein lähimpänä olevaan henkilöön. (Muilu 2005, 70.) Surun sivuuttaminen ja suuntaaminen kiireiseen arkeen eivät ole hyviä keinoja poistamaan pahaa oloa. Elämän muuttuminen on hyväksyttävä, vaikka muutos olisikin negatiivinen. Jos surua ei käsittele, voi se johtaa suruprosessin pitkittymiseen tai jopa masennukseen. (Kreula 2008, 34–35.)

Roto (2001) kertoo tutkimuksessaan, että keskenmenon kokeneet ja sitä myötä lapsensa menettäneet vanhemmat kaipasivat hoitohenkilökunnalta psyykkistä tukea, yksilöllistä huolenpitoa, omaa rauhaa ja tilaa asian käsittelyyn sekä perheen kokonaisvaltaista huomioimista päästäkseen alkuun sopeutumisessa raskauden keskeytymiseen.

4.3 Solunsalpaajahoitoa saavan rypäleraskauspotilaan henkinen tukeminen

Vaikka rypäleraskauden jatkuminen ei tarkoitaakaan aina suoranaisesti syövän kehittymistä, viittaamme jatkossa hyvin paljon syöpäpotilaaseen. Tarkoitamme kuitenkin rypäleraskauspotilasta, jolla tauti on kehittynyt invasiiviseksi, istukkasyöväksi tai muutoin persistoivaksi tautimuodoksi, jota hoidetaan solunsalpaajilla.

Rypäleraskauden hoito ja seuranta saattavat pitkittyä kuukausien tai jopa vuosien mittaiseksi. Rypäleraskauden jatkuessa tai edetessä syöväksi sairastunut voi verrata itseään joissain määrin syöpäpotilaaseen saadessaan solunsalpaajahoitoa sairauteensa. Muurisen (2006, 30) mukaan solunsalpaajahoito voidaan kokea erittäin rasittavana sekä fyysisesti että psyykkisesti, joten on olennaisen tärkeää, että naisen ja hänen perheensä selviytymistä tuetaan hoitopaikassa mahdollisimman laajasti ja ohjataan tarvittaessa vielä kattavamman tuen piiriin.

4.3.1 Potilaan tunteet hoidon aikana

Vastasairastuneen todellisia tunteita voi olla vaikea havaita, sillä he saattavat olla yli-reippaita ja näyttää harvoin tunteitaan vastaanotolla. Ja usein välinpitämättömän potilaan tuen tarve on kaikista suurin, sillä he usein kätkevät tunteensa hyvin. (Leino 2011, 130.) Potilaiden tunnetilojen huomioonottaminen hoidossa on tärkeää, sillä tunteet vaikuttavat toipumismahdollisuuksiin sekä elämänlaatuun (Kuuppelomäki 2000, 130). Potilaat voivat arastella kertoa tunteistaan (Leino 2011, 139). He voivat solunsalpaajahoidojen aikana tuntea esimerkiksi pelkoa, jännittämistä, onnistuessa tyytyväisyyttä, mutta myös masennusta, huolta, voimattomuutta ja ahdistuneisuutta (Muurinen 2009, 30–33). Hoitajan voi olla helppo saada pienen avoimen kysymyksen avulla keskustelua tunteista aikaan (Leino 2011, 139).

Solunsalpaajahoidot voivat jännittää potilaita, ja he voivat pohtia jo etukäteen hoidon vaikutuksia ja siitä selviytymistä. Potilaat voivat kokea pelkoa sivuvaikutuksia kohtaan, mutta he voivat myös kokea tyytyväisyyttä solunsalpaajahoitoon, jos tiputuksen aikana ei ilmene erityisiä vaikutuksia. (Muurinen 2009, 30–33.)

Solunsalpaajahoidoa saaneet potilaat kokevat myös masennusta, unettomuutta ja ahdistusta, jotka voivat ilmetä itkuisuutena, päiväväsyyksenä sekä voimattomuutena. Potilailla voi esiintyä ajatuksia kuolemasta, kun masennus, ahdistus ja fyysiset oireet vaikeavat. Kuoleman pelkoa vähentää keskustelu hoitohenkilökunnan kanssa ja heidän antamansa toivo paranemisesta. Nuoremmilla potilailla voi esiintyä huolta lasten ja puolison selviytymistä, jos he itse kuolisivat. Osalla luopuminen läheisistä on vaikeampi ajatus kuin kuolema. (Muurinen 2009, 30–33.)

4.3.2 Potilaan toiveet henkisestä tuesta

Lamminperän (1999) tutkimuksen mukaan gynekologista sairautta sairastavat naiset kokevat saaneensa liian vähän keskustelutilanteita hoitajien kanssa (Lamminperä 1999, 51–53). Potilaat toivovat hoitohenkilökunnalta aloitetta keskusteluun. (Leino 2011, 139.) Avoin keskustelu potilaan kanssa helpottaa ja tukee potilasta sekä auttaa hoitajaa tunnistamaan potilaan tiedollisia ja emotionaalisia tarpeita.

Leinon (2011) tutkimuksessa syöpäpotilaat kokevat empaattisen lähestymisen tärkeänä. He toivovat aitoa kiinnostua itseään ja sairautta kohtaan eikä vain pinnallista lääketieteellistä hoidon toteuttamista. Mahdollisuus vuorovaikutukseen on myös olennaista hoitojen aikana, sillä samalla voi myös purkaa omia mieltä painavia tunteita. (Leino 2011, 137–143.) Potilaat toivovat myös arkipäiväisiä keskusteluja, eikä vain sairaudesta keskustelua (Lamminperä 1999, 51). Hoitajan rohkaisevat sanat synnyttävät empaattisuuden kokemuksia. Kuunteleminen on potilaiden mielestä yksi tärkeimmistä tukemisen keinoista, sillä potilaat kokevat silloin, että heitä todella ymmärretään ja kunnioitetaan. Hoitajan persoonan käyttäminen hoitamisessa vaikuttaa potilaan mielialaan ja toipumiseen. Iloisia ja reippaita hoitajia arvostetaan, sillä he tuovat hoitoympäristöönkin iloa. Myös hoitajan rauhallisuus ja asiallisuus lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta ja luottamuksen tunnetta. (Leino 2011, 137–143.)

Turvallisuuden tunne on ihmiselle jokaisessa elämäntilanteessa erittäin tärkeää (Sairaanhoitajaliitto 2006). Sairaalassa henkilökunnan on tärkeää pyrkiä lisäämään potilaan turvallisuuden tunnetta (Muurinen 2009, 35). Hoitohenkilökunnalla on tärkeä merkitys pelon ja turvattomuuden poistajana (Kääriäinen 2008, 45). Turvattomuuden tunteen poistaminen lisää potilaan tyytyväisyyttä hoitoa ja hoitohenkilökuntaa kohtaan. Hoito-

henkilökunnan asiallinen suhtautuminen potilaan oireisiin, osaava ja johdonmukainen toiminta lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta. (Muurinen 2009, 35.) Hoitohenkilökunnan ystävällinen suhtautuminen ja hoitoketjun yhtenäisyys edistävät potilaan elämänhallintaa (Kääriäinen 2008, 44).

Potilaat voivat myös toivoa yksityisyyttä ja keskustelua lääkärin kanssa kahden. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä kysyä potilaalta, haluaako tämä siirtyä lääkärin huoneeseen keskustelemaan. Potilaat kokevat sen osoittavan kunnioitusta ihmistä ja sairautta kohtaan. (Muurinen 2009, 35; Leino 2011, 135–136.) Kiireettömyyden tuntu, yksilöllinen hoito, elämäntilanteen huomioiminen ja hoitajan kiinnostus lisäävät potilaan tyytyväisyyttä hoitoon (Kääriäinen 2008, 43; Muurinen 2009, 35).

Sairauden kontrollointi ja seuranta antavat potilaalle tietoisuuden siitä, että hänestä välitetään ja huolehditaan. Kontrollikäynnin jälkeen tulee huojentunut ja hyvä olo, jos kaikki on hyvin. (Kääriäinen 2008, 45.) Vaikka rypäleraskauden jälkeinen seuranta vie potilaan aikaa, antaa se myös hänelle suunnattomasti tietoa ja varmuuden siitä, mihin suuntaan sairaus on menossa, ja laskusuuntaiset hCG-arvot varmasti huojentavat potilaan mieltä.

4.3.3 Potilaan henkistä hyvinvointia edistävät tekijät

Kääriäisen (2008, 39–43) tutkimuksessa syöpäpotilaan elämänhallintaa voivat edistää muun muassa elämän normalisoituminen, ihmissuhteet, tulevaisuuden suunnittelu, asioiden avoin käsittely, saatu tuki, tieto ja toivo sekä hoitoympäristö. Kuuppelomäen (2000, 130) mukaan hoitohenkilökunnan tehtävä on tukea potilasta sairauden aiheuttamissa tunnereaktioissa ja edistää henkisesti tasapainoista elämää sairauden kanssa. Hoitohenkilökunnalta tämä vaatii tietoa tunteiden syntymekanismeista sekä kykyä tunnistaa erilaisia tunnetiloja sekä keinoja auttaa potilasta saavuttamaan henkisen tasapainon tunteiden järkyttyä.

Potilas tarvitsee tiedollista tukemista. Potilaalle tulee kertoa sairauteen liittyvistä asioista, sillä tieto, sen saaminen ja läpikäyminen edistävät potilaan elämänhallinnan kokemusta. (Kääriäinen 2008, 43.) Perhelähtöinen hoitotyö helpottaa potilaan taakkaa, sillä myös läheinen voi olla vastaanottamassa tietoa ja tukemassa potilasta. Tiedon antami-

nen korostuu lyhyissä hoitokontakteissa. Annetun tiedon tulisi olla selkeää ja sitä tulisi antaa kiireettömästi potilaan tarpeiden mukaan ja kuulostellen tiedon vastaanottokykyä. Tiedon vastaanottokyky on yksilöllinen ja yhteydessä myös sairauden vaiheeseen. Tiedon antaminen voidaan nähdä myös psyykkisenä tukena, sillä tieto rauhoittaa epätietoisuutta. Kriisissä olevan on tärkeää saada myös kirjallista ohjeistusta, jota voi lukea myöhemmin. Kirjalliset ohjeet tulee käydä läpi myös suullisesti. Lisäksi kolmannen sektorin tukimuodoista tulee kertoa potilaalle ja omaisille säännöllisesti ja systemaattisesti. (Leino 2011, 144–150.)

Ihminen haluaa säilyttää oman henkilökohtaisen tilansa ja yksityisyytensä eli intimitetinsä myös hoidossa ollessaan. Nuorelle ihmiselle yksityisyyden säilyttäminen on vielä tärkeämpää kuin vanhemmalle. Sairastuminen ja sairaalassaolo heikentävät usein ihmisen mahdollisuutta säädellä yksityisyyttään. Monen hengen potilashuoneet ja ulkopuolisten henkilöiden mahdollisuus tarkkailla ihmistä ilman hänen lupaansa rikkovat potilaan yksityisyyttä. Lisäksi lääkärinkierrot monen hengen potilashuoneissa rikkovat potilaiden yksityisyyttä. Sairalahuoneiden väliverhot ja muut näkösuojat voivat toimia sanattomina rajoina omalle alueelle. Oma alue mahdollistaa yksityisyyden, identiteetin ja autonomian säilymisen sekä luo turvallisuutta. Potilaan tulisi saada päättää, mitä asioita hän haluaa käsitellä muiden potilaiden kuullen. Yksilöllinen ja yksityisyyttä vaativa ohjaus ja keskustelu vaativat aikaa ja asianmukaisia tiloja. (Sairaanhoitajaliitto 2006; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2013.) Hoitotyössä on tärkeää muistaa vaalia potilaan intimitettiä. Potilaan suojaaminen hoitotoimenpiteiden aikana on tärkeää, mutta intimitetti tulee muistaa myös potilaan kanssa keskusteltaessa muiden potilaiden läsnä ollessa.

Omahoitajuus on merkittävä potilaan tukikeino. Omahoitajaparitoiminta on myös hyvä käytäntö. Syöpälääkehoidoissa potilaat kokevat, että heillä on useampi omahoitaja, sillä hoitajat työskentelevät usein tiiviisti hoituhuoneessa, jolloin samojen hoitajien tapaaminen toistuvasti hoitokerroilla onnistuu. (Leino 2011, 132.) Tutuille hoitajille on helpompi avautua mieltä askarruttavista asioista, ja myös hoitajan on helpompi tunnistaa potilaan tarpeet ja vastata niihin, jos potilaan kanssa on usean tapaamiskerran kautta syntynyt hyvä vuorovaikutussuhde.

Solunsalpaajahoidon saavaa potilasta voi kehottaa käymään erilaisissa tapahtumissa oman jaksamisen mukaan. Se lisää tyytyväisyyden tunnetta, kun jaksaa tavata muita

ihmisiä. Ihmisten pariin meneminen koetaan myös terapeuttisena kokemuksena. (Muurinen 2009, 33–34.) Kulttuurin eri muodot lisäävät myös potilaan elämänhallinnan kokemusta, ja voivat lisäksi auttaa sairauden käsittelyssä (Kääriäinen 2008, 37). Huumori voi toimia selviytymiskeinona keventäen tunnelmaa ja saaden tilanteen vaikuttamaan positiivisemmalta. (Muurinen 2009, 33–34.)

Työssäkäynti antaa muuta ajateltavaa ja sen koetaan pitävän kiinni normaalissa arjessa (Muurinen 2009, 33–34). Kääriäisen (2008) tutkimuksen mukaan työssä käyminen lisää sairastuneen elämänhallinnan kokemusta (Kääriäinen 2008, 37). Töistä poisjääminen voi tuntua vaikealta, mutta myös helpottavalta, jos työhön ei vajaakuntoisena koe pysyväänsä. Potilasta voi kehottaa tekemään pieniä arjen askareita oman voinnin mukaan. Potilaat kokevat onnistumista jaksessaan tehdä arkisia asioita. Myös vanhojen harrastusten jaksaminen omien voimavarojen mukaan tuo onnistumisen kokemuksia. (Muurinen 2009, 33–34.)

4.3.4 Solunsalpaajahoidon aiheuttamien sivuvaikutusten hoito ja potilaan omahoidon ohjaus

Sivuvaikutusten ehkäisy ja hoito konkreettisin keinoin on yksi hoitajan tehtävistä. Sivuoireiden ilmaantuessa hoitajan tehtävä on myös tukea potilaan henkistä jaksamista, jotta potilaan suhtautuminen sivuoireita kohtaan lieventyisi. Tässä kappaleessa kerrotaan solunsalpaajahoidon sivuoireista ja yleisimpien sivuoireiden lievittämisestä sekä hoidosta.

Solunsalpaajahoidon suurin ongelma on toksisten sivuvaikutusten esiintyminen. Annostellusta lääkeaineesta vain noin prosentti saavuttaa hoitoa tarvitsevat syöpäsolut ja loput lääkeaineesta vain vaurioittaa ihmisen terveitä soluja aiheuttaen sivuvaikutuksia. (Hiltunen 2010, 1.) Erityisen alttiita sivuvaikutuksille ovat nopeasti uusiutuvat kudokset, kuten verta muodostava kudos, hiusten juuret ja limakalvot. Tavallisimpia solunsalpaajien aiheuttamia sivuvaikutuksia ovat ruokahaluttomuus, ripuli, muutokset veren kuvassa, hermo-vaikutukset, limakalvo-ongelmat, pahoinvointi, uupumus/väsymys, ennenaikaiset vaihdevuodet, ummetus sekä hiusten ja ihokarvojen lähtö. (Suomen syöpäpotilaat ry 2010, 10–19.)

Hankalimpina hättavaikutuksina pidetään ruokahaluttomuutta, pahoinvointia, suun limakalvojen kuivumista ja rikkoutumista sekä puhumisen vaikeutumista (Lehti 1999). Sivuvaikutukset koetaan usein elämää hättäväksi (Muurinen 2009). Solunsalpaajahoidoja saavien rypäleraskauspotilaiden lääkityksen aiheuttamia sivuoireita tulee hoitaa samalla tapaa kuin muidenkin solunsalpaajahoidoa saavien potilaiden sivuoireita. Seuraavaksi esittelemme keskeisimpien sivuoireiden hoitoa.

Ruokahaluttomuutta aiheuttavat sekä sairastumisen aiheuttamat tunteet että hoidot. Hoitojen vuoksi suun limakalvot kuivuvat ja rikkoutuvat ja aiheuttavat potilaalle syömis- ja nielemisongelmia. Myös solunsalpaajahoidon aiheuttama makuaistin muuttuminen, pahoinvointi ja oksentelu voivat heikentää ruokahalua. (Lehti 1999, 68–70; Suomen syöpäpotilaat ry 2010, 12–15.) Muurisen (2009) tutkimuksen mukaan lähes kaikilla rintasyöpäpotilailla esiintyi pahoinvointia tai kuvottaa oloa pahoinvoinninestolääkityksestä huolimatta. Ja joillain potilaista esiintyi oksentelua muutamina päivinä solunsalpaajahoidon jälkeen. Makuaistin koettiin muuttuvan niin, ettei mikään enää maistunut millenkään tai maistui metallille.

Hoitohenkilökunta ja potilas voivat pyrkiä parantamaan ruokahalua monin eri keinoin. Joustavat ruoka-ajat, toiveruoat, yhdessä aterioiminen sekä viihtyisä ympäristö voivat auttaa ruokahalun parantamisessa. Myös ulkoilu ennen ruokailua, alkoholin nauttiminen ruoalla sekä makujen lisääminen ruokiin voi auttaa. Muurisen (2009) tutkimuksessa joillakin potilailla oli tullut suuhun kivuliaita rakkuloita muutaman päivän kuluttua solunsalpaajatiputuksesta. Suun limakalvojen ongelmia voi pyrkiä helpottamaan hyvällä suuhygienialla, vedenjuomisella sekä suun huuhtelulla. Hampaiden pesuun suositellaan käytettäväksi pehmeää harjaa. Hammastahnan tulisi olla herkälle suulle suunnattua. Suun kuivumiseen voi potilasta ohjata käyttämään apteekin sylkivalmistetta tai kosteuttavaa geeliä. Myös kylmät ruoat ja juomat voivat rauhoittaa limakalvoja. Mausteisia ruokia kannattaa välttää, sillä ne lisäävät ärsytystä ja kirvelyä suussa. (Lehti 1999, 68–70; Suomen syöpäpotilaat ry 2010, 12–15.)

Osa solunsalpaajista vaurioittaa myös suolenlimakalvoa ja aiheuttaa ripulia. Ummetusta voi aiheuttaa liian vähäinen nesteen saanti tai nestehukka. Lisäksi liian vähäinen kuidun nauttiminen sekä potilaan huono yleistila ja liikkumattomuus altistavat ummetukselle. Ummetusta aiheuttavat myös solunsalpaajalääkitys, pahoinvoinnin estolääkitys sekä kipulääkkeet. (Lehti 1999, 81; Suomen syöpäpotilaat ry 2010, 15–16.) Ummetus voi

tuntua potilaasta muiden sivuoireiden kanssa epämiellyttävältä tai jopa tuskalliselta (Muurinen 2009, 24). Nestetasapainon tarkkailu ja riittävä nesteytys on tärkeää sytostaattihoidon saavien potilaiden hoidossa. Hoitohenkilökunta voi pyrkiä parantamaan potilaan erityksen ongelmia hoitotyön keinoin. Jos potilas kärsii ripulista, voi hoitohenkilökunta ohjeistaa potilasta välttämään runsaasti maustettuja ruokia, kahvia, herneitä, kaalia ja makeisia. Tarvittaessa nesteytetään suonensisäisesti, jollei potilas kykene juomaan riittävästi tai oksentelee runsaasti. Ummetukseen voi auttaa kuitupitoisen ruoan ja nesteiden tarjoaminen sekä liikkumaan kehoittaminen. Ummetusta voidaan hoitaa myös laksatiiveilla ja peräruiskeilla. Myös ravintoterapeutti voi ohjeistaa potilasta ummetuksen ehkäisyyn ja hoitoon. (Lehti 1999, 81; Suomen syöpäpotilaat ry 2010, 15–16.)

Muurisen (2009) tutkimuksessa solunsalpaajahoidon saaneet potilaat kokivat hoidon vaikuttaneen sormien ja varpaiden tuntoaistiin. Särkyä sekä tunnottomuutta ilmeni. Myös kynsien tummumista ja pahimmillaan irtoamista esiintyi. Potilaat kokivat nämä muutokset ikävinä. Kynsimuutoksia voi ennaltaehkäistä pitämällä jäätössuja ja -käsineitä. Potilaat ovat kuitenkin kokeneet niiden käytön epämiellyttävänä ja ne eivät aina auta kaikkia potilaita. Jäähattua voi käyttää puolestaan ehkäisemään hiusten lähtöä. Se ei kuitenkaan aina estä hiusten lähtöä; osalla hidastaa ja osalla ei auta lainkaan. Hatun käyttö voi myös tuntua epämiellyttävältä. Hiusten lähtö on vaikea kokemus, sillä se muuttaa ulkoista olemusta ja muistuttaa sairaudesta ja sen hoidosta. Peruukin käyttö voi tuntua luonnottomalta, mutta hoitohenkilökunnan tulisi opastaa sen hankinnassa. (Muurinen 2009, 36.) Potilaalle on myös tärkeää voida keskustella ulkonäköasioihin liittyvistä asioista hoitohenkilökunnan tai saman tilanteen läpikäyneen kanssa (Kääriäinen 2008, 33).

4.4 Seksuaalisuus sairauden kohdatessa

Seksuaalisuus kuuluu olennaisesti ihmisen elämään ja sairastuminen vaikuttaa aina siihen (Ryttyläinen & Valkama 2010, 203). Seksuaalisuus on osa itsetuntoa ja minäkuvaa ja määrittelee, miten näemme itsemme naisena tai miehenä. Seksuaalisuus ei tarkoita vain yhdyntätilanteita, vaan siihen sisältyy myös tunteet, hellyys, aistillisuus, avoimuus ja läheisyys itsensä ja toisen ihmisen kanssa. Ihmisen suhtautuminen seksuaalisuuteen muuttuu ikäkausittain sekä erilaisten elämäntilanteiden yhteydessä. (Suomen syöpäpotilaat ry 2002.) Sairaus tai siihen liittyvät hoidot voivat vaikuttaa hyvinkin paljon seksuaalisuuteen ja sen kokemiseen (Ryttyläinen & Valkama 2010, 203). Ne saattavat herät-

tää tunteen seksuaalisuuden menettämisestä, mutta ne saattavat myös laajentaa seksuaalisuuden käsitettä positiivisella tavalla, kun aiemmille seksuaalisuuden osoittamisen tavoille joudutaankin etsimään uusia vaihtoehtoja. On tärkeää, että ihminen kokee seksuaalisuutensa myönteisenä asiana, sillä seksuaalisuus vaikuttaa olennaisesti ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri; Suomen syöpäpotilaat ry 2002.)

Usein sairaus ja hoidot aiheuttavat haluttomuutta, sillä sairauden käsittely vie paljon omia voimavaroja eikä seksi ole ensimmäisenä mielessä. On kuitenkin tärkeää, että myös sairauden ja hoitojen aikana pariskunnan välillä on hellyyttä, sillä ilman fyysistä kosketusta parisuhde voi kärsiä ja paluu normaaliin seksielämään voi tuntua vaikeammalta. Hellyys voi ilmetä halauksina, taputteluna, silittelynä ja toisen ihmisen huomioimisena ilman yhdyntää. (Suomen syöpäpotilaat ry 2002.)

Sairauden eri hoitomuodot vaikuttavat seksuaalisuuteen, ja mitä nuoremmista potilaista on kyse, sitä merkityksellisempää on sukupuolitoimintojen ja hedelmällisyyden säilyttäminen valittaessa hoitomuotoja. (Kellokumpu-Lehtinen, Väisälä & Hautamäki 2003). Esimerkiksi syövän leikkaushoito voi olla suuri toimenpide, joka vaikuttaa sekä ulkoiseen että sisäiseen minäkuvaan. Eniten seksuaalisuuteen vaikuttavat leikkaukset, joissa joudutaan poistamaan seksuaalisuuteen liittyviä elimiä, tai joiden sivuvaikutuksena aiheutuu seksielämän toiminnallisia häiriöitä. Solunsalpaajahoidot puolestaan aiheuttavat limakalvojen kuivumista ja ärsytystä, jolloin seksuaalinen kiihotukseen ei aiheuta kokemista. Ne voivat myös aiheuttaa kuukautiskierron häiriöitä ja vaihdevuosisoireita, jotka voivat aiheuttaa tilapäisesti tai jopa pysyvästi hedelmättömyyttä. Usein nämä oireet loppuvat hoitojen jälkeen, mutta esimerkiksi kuukautiset voivat jättäytyä kokonaan pois aiheuttaen ennenaikaiset vaihdevuodet. (Suomen syöpäpotilaat ry 2002.)

Kaljuuntuminen ja ihokarvojen lähtö sekä mahdollinen laihtuminen ja kalpeus vaikuttavat helposti ulkoiseen minäkuvaan. Osa potilaista sopeutuu uuteen minäkuvaansa, osalla se vie aikansa ja osa heistä ei totu koskaan. Ulkoiset muutokset myös paljastavat muille sairauden, ja myös sairauden yksityisyyden menettäminen voi olla vaikeaa. (Rosenberg 2007, 17–21) Jos potilaalle annetaan sädehoitoa, suojataan sukupuolielimet, kun se on mahdollista. Alavatsalle annettu sädehoito voi aiheuttaa myös kuukautisten loppumisen kokonaan. Kun kyseessä on gynekologinen syöpä, johon annetaan paikallista sädehoitoa, voi sivuoireina olla emättimen arpeutumista ja kutistumista sekä virtsarakkovaivoja

ja peräsuolen ärsytystä. Syövän hoitoon kuuluvat myös kipulääkkeet ja mahdollisesti sairauden aiheuttamaa ahdistusta vähentävät lääkkeet. Ne voivat tilapäisesti aiheuttaa myös väsymystä, haluttomuutta ja orgasmivaikeuksia. (Suomen syöpäpotilaat ry 2002.)

4.4.1 Syöpäpotilaan seksuaalisuuden tukeminen

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä syöpään sairastuneille potilaille annetaan suullista ja kirjallista tietoa seksuaalisuuteen liittyen jo ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä. Lähipinnä tämä käsittää seksuaalisuuden puheeksi ottamisen ja tiedon tahoista, joihin voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. (Järvinen, Hautamäki-Lamminen & Kellokumpu-Lehtinen 2012, 8.) Hoitajan olisi hyvä tehdä aloite ja ottaa asia puheeksi potilaan ja hänen puolisonsa kanssa, sillä puheeksi ottaminen rohkaisee heitä esittämään kysymyksiä, ja kysymysten kautta ohjaus löytää oikean suunnan (Suomen syöpäpotilaat ry). Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tehdyn tutkimuksen mukaan syöpää sairastaneista 73 % piti seksuaalisuuteen liittyvistä asioista keskustelua tärkeänä, alle 30-vuotiaista vastaajista 100 %. Suurin osa vastaajista toivoi hoitohenkilökunnan tekevän keskustelualoitteen, ja syöpätautien poliklinikalla vain 4 % potilaista oli itse valmis tekemään keskustelualoitteen. Hoitohenkilökunnasta harva keskusteli potilaan kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, vaikkakin lähes kaikilla se kuului työhön. Henkilökunnan mukaan koulutuksen ja ajan puutetta pidettiin tärkeimpinä syinä siihen, ettei keskusteluja potilaiden kanssa käyty. Myös suurin osa syöpää sairastaneista potilaista oli sitä mieltä, että henkilökunnan ajan puute oli syynä siihen, ettei seksuaalisuudesta keskusteltu. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä toimii syövänhoidon vastuualueella myös kriisiterapeutti, joka järjestää vertaistukiryhmiä pääosin rintasyöpäpotilaille. Vertaistukiryhmissä keskustellaan seksuaalisuudesta, sairauden ja hoitojen vaikutuksesta seksuaalisuuteen ja muihinkin elämän osa-alueihin. (Järvinen, Hautamäki-Lamminen & Kellokumpu-Lehtinen 2012, 8.)

Potilaalle tulee kertoa sairauden ja hoitojen aiheuttamista vaikutuksista seksuaalisuuteen (Rosenberg 2000, 186), sillä usein diagnoosin ja hoitajaksojen aikaan nainen haluaa tietää niistä paremmin (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003). Potilaan kokonaisvaltaiseen huomioonottamiseen kuuluu, että hoitaja kuuntelee, tukee ja antaa neuvoja myös seksu-

aalisuuteen liittyvissä asioissa. On hoitajan vastuulla antaa potilaalle ikään kuin lupa käsitellä myös seksuaalisuuttaan väheksymättä sen merkitystä, sillä potilaan torjuminen tai väheksyminen voi johtaa siihen, ettei potilas jatkossakaan kykene keskustelemaan ja käsittelemään seksuaalisuuteen liittyviä asioita. (Rosenberg 2000, 185–186.) Keskusteluun seksuaalisuudesta voi pyrkiä suoralla kysymyksellä tai opaslehtisen sekä pienen vihjauksen avulla (Ryttyläinen & Valkama 2010, 138). Tampereen yliopistollisessa tehdyn tutkimuksen mukaan seksuaalisuuteen liittyvää informaatiota toivotaan pääosin suullisena sekä lisäksi kirjallisena. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003.)

Hoitajan on tärkeää tietää, että optimismi, vahvuus, taistelutahto sekä yritys tietoisesti etsiä nautintoa ja tyydytystä tuottavaa tekemistä auttavat naista parhaiten sopeutumaan seksuaalisiin muutoksiin. Tärkein sopeutumiseen vaikuttava sisäinen tekijä on naisen oma suhtautumisen sairauteensa ja hoitoon. Ulkoisista tekijöistä puolison tuki on tärkein sopeutumista lisäävä tekijä. Muita tekijöitä voivat olla läheiset ystävät, sukulaiset ja myös vertaistuki sekä uskonto. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003.) Hyvä itsetunto, tukea antava sosiaalinen verkosto ja hyvä parisuhde voivat myös auttaa naista seksuaalisessa eheytymisessä ja selviytymisessä (Rosenberg 2010, 175).

Hoitajalla on hyvä olla mielessä tavanomaisia ohjeita, joiden avulla seksuaalisuutta ja yhdyntätilanteissa toimimista voi tukea. Esimerkiksi solunsalpaajahoidojen aiheuttamaan limakalvojen kuivuuteen, joka puolestaan aiheuttaa yhdyntäkipuja, voi ohjata kokeilemaan erilaisia liukuvoiteita tai vaikkapa aivan tavallisia rasvoja ja öljyjä, joissa ei ole lisäaineita tai hajusteita. Limakalvojen kuivuuteen on saatavilla limakalvojen kostutukseen tarkoitettuja aineita. Alapesuissa ei suositella käytettäväksi mitään pesuaineita, pelkkä vesi riittää. Naisella voi myös emättimen alueella tai emättimen pohjukassa olla kipukohtia, ja yhdyntä voi olla kivuton, kun niiden kohtien koskettelua välttää. Tähän voi auttaa myös erilaisten yhdyntäasentojen kokeilu. (Rosenberg 2007, 36; Suomen syöpäpotilaat ry 2002; Suomen syöpäpotilaat ry 2010, 13.) Hiusten lähdössä potilasta voi tukea ohjaamalla peruukin ostossa. Sairaalasta potilas saa maksusitoumuksen peruukkiin. Myös huivia voi kehottaa käyttämään, jos se helpottaisi minäkuvan eheytymistä. (Rosenberg 2007, 24.)

Syöpäpotilaiden seksuaaliongelmien ehkäisy onnistuu parhaiten, kun informoidaan myös kumppania. Ongelmia ehkäistään myös seurantavastastoilla kysymällä seksuaalisuudesta ja seksitoiminnoista. Jos hoitaja kokee omien valmiuksien seksuaalisuuden

tukemiseen olevan riittämättömät, voi hän ohjata potilaan gynekologille, seksuaalineuvojalle tai seksuaaliterapeutille, joiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista voi laajemmin keskustella. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 2003.)

4.4.2 Seksuaalineuvonta ja -terapia

Sairauden ja hoitojen myötä saattaa mieleen nousta erilaisia asioita ja kysymyksiä seksuaalisuuteen liittyen. Hoitohenkilökunta vastaa kysymyksiin ja ohjaa tarvittaessa seksuaalineuvontaan. Seksuaalineuvonta on vuorovaikutussuhteessa tapahtuvaa tavoitteellista ja yksilöllistä sekä potilaan tarpeista lähtevää seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden ja ongelmien käsittelyä. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 142.) Seksuaalineuvonnassa seksuaalineuvoja antaa ohjausta, neuvontaa ja luvan seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Hänen kanssaan voi asioista keskustella joko yksin tai kumppanin kanssa. Usein seksuaalineuvojalla käydään 2-5 kertaa, mutta hoitosuhde voi tarvittaessa olla pidempikin. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri; Seksuaalineuvonta.) Vaihtoehtoisesti omien seksuaalisten tunteiden käsittelyssä voi auttaa seksuaaliterapia. Seksuaaliterapia on lähinnä intensiivistä terapiaa ja seksuaalisuuteen liittyvien erityisohjeiden antamista. Terapiaan voi hakeutua erilaisten ongelmien vuoksi, kuten haluttomuuden, läheisyyteen liittyvän ahdistuksen, seksuaalitoimintojen häiriöiden sekä sairastumiseen liittyvien kysymysten vuoksi. Seksuaaliterapiaan voi tulla kumppanin kanssa tai yksin. (Seksuaaliterapia; Vuola 2003,1.)

4.5 Parisuhteen tukeminen

Vakavan sairauden ilmaantuminen voi joko vahvistaa tai heikentää parisuhdetta. Toisaalta jo ennestään huono parisuhde voi saada lisää aikaa vakavan sairauden lisätessä yhteenkuuluvuuden tunnetta parin välillä. Parisuhteen selviytymiseksi parisuhteen osapuolien on kuitenkin rakastettava ja kunnioitettava toisiaan. (Rosenberg 2007, 29.) Vaikeiden asioiden äärellä parisuhteen osapuolilta vaaditaan toisen arvostamista, ja on löydettävä omien keinojen lisäksi myös yhteisiä keinoja selvitä tilanteessa. Pian elämää alkaa määrätä sairaus ja uuteen tilanteeseen on vain pyrittävä sopeutumaan. Perheen aiemmat roolit voivat muuttua ja puoliso voi jopa käyttäytyä aivan toisin kuin olisi aiemmin voinut olettaa. (Rosenberg 2007, 29–30.)

Jotta parisuhde selviäisi sairauden ja hoitojen yli, tulisi parisuhteen osapuolten olla toisiaan kunnioittavia, heillä tulisi olla kyky keskustella vaikeistakin asioista ja olisi tärkeää, että he tuntisivat toisensa hyvin ja olisivat jo aiemmin oppineet selviytymiskeinoja. Halu ymmärtää toista on myös tärkeää. Erilaiset parisuhdeongelmat ovat hyvin yleisiä vakavien sairauksien yhteydessä, mutta suurin osa parisuhteista selviytyy. Parisuhdetta tulee kuitenkin hoitaa, jotta sillä olisi mahdollisuudet selviytymiseen. Ristiriidoista tulisi pystyä keskustelemaan, toisen tunteita ei saisi vähätellä ja toista tulisi aidosti kuunnella. Molemmat tarvitsevat myös omaa aikaa ajatella ja selviytyä. (Rosenberg 2007, 31–32.) Kumppanin tuki on erityisen tärkeää sairauden keskellä. Hoitajan olisi hyvä rohkaista potilasta avoimeen keskusteluun kumppaninsa kanssa. Sairastunut on kuitenkin sairautensa kanssa yksin, mutta kumppanin olisi hyvä tukea sairastunutta kuuntelemalla, myötäelämällä ja olemalla mukana hoitokäynneillä. Kumppanin osallistuminen hoitokäyntien neuvontatilanteisiin ja potilaan kanssa käytäviin keskusteluihin edistää parisuhteen säilymistä. Hoitaja voi käytännön kysymysten lisäksi ottaa esille tunteet, ja näin ollen mahdollisesti edistää myös parisuhteen sisäistä kommunikaatiota. (Rosenberg 2000, 188; Rosenberg 2007, 30.) Hoitajan apuvälineeksi kehitetyn parisuhteen roolikartan avulla hoitaja voi jäsentää keskustelua pariskunnan kanssa. Kartan avulla voi myös pyrkiä havainnollistamaan parisuhdetta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 117.)

4.6 Perheen tukeminen

Rypäleraskauteen sairastuneiden naisten elämäntilanteet voivat olla hyvinkin erilaisia, ja ne tulee hoidossa ottaa myös huomioon. Sairastuneet ovat fertiili-ikäisiä naisia, joilla saattaa jo ennestään olla lapsia. He voivat olla yksin tai parisuhteessa eläjiä, ja sairastuneen ollessa nuori nainen, voivat myös hänen vanhempansa olla lähiomaisina hoidossa mukana. Perheen tukeminen korostuu sairauden jatkuessa ja tässä kappaleessa käsitellään perheen tukemista sairauden ollessa jatkuva rypäleraskaus, invasiivinen rypäleraskaus tai istukkasyöpä rinnastaen näitä sairauksia syöpään.

Mattilan (2011) mukaan syöpään sairastuneen potilaan perheen on todettu tarvitsevan sekä tiedollista että emotionaalista tukea. Kuitenkin tuen tarve on ensin tunnistettava. Oleellista tunnistettaessa tuen tarpeita on potilaan ja perheenjäsenten tunnustelu, tarkkailu ja sanattomien sekä sanallisten viestien tulkinta. Tietenkin oma intuitio on myös tärkeä menetelmä. (Mattila 2011, 64.) Parhaimmillaan annettu tuki saa omaiset tunte-

maan itsensä hyväksytyiksi ja tasavertaisiksi yksilöiksi, ja heidät kokemaan, että omainen saa hyvää ja turvallista hoitoa (Mattila 2011, 77).

4.6.1 Tiedollinen ja emotionaalinen tukeminen

Tiedon tarve on yksi tärkeimmistä tuen tarpeista, joka potilaan perheillä ja omaisilla on, sillä tieto lisää heidän kokemusta siitä, että he hallitsevat tilanteen. Nevalaisen (liite 1) tutkimuksessa syöpäpotilaan läheiset pitivät tärkeänä, että he saavat tietoa syöpäsairaudesta, syövän hoidosta, hoitoihin liittyvistä sivuvaikutuksista, potilaalle tehdyistä tutkimuksista sekä hoidon tavoitteesta. Annettu tieto potilaan auttaa läheistä ymmärtämään potilaan tilannetta paremmin ja vähentää läheisten pelkoja. Tiedollisen tuen tulisi olla yksilöllistä ja tilanteeseen sopivaa. (Nevalainen 2006, 42–43.) Tiedon antamiseen liittyy myös asioiden kertaaminen ja kysymyksiin vastaaminen. Myös omahoitajuus helpottaa perheenjäseniin tutustumista ja heidän kanssa keskustelemista sekä tiedon antamista. (Mattila 2011, 65, 71.) Yksilövastuinen hoitotyö myös poliklinikoilla helpottaisi yksilöllisen tiedon antamista, sillä silloin hoitaja tuntisi potilaan ja perheen paremmin. (Nevalainen 2006, 42–43.)

Potilaalta on kuitenkin varmistettava, kenelle ja minkälaista tietoa ja ohjausta potilas haluaa annettavan, sillä omaisen osallistuminen hoitoon on täysin aikuispotilaan itse päätettävissä. Perheet ovat erilaisia, ja kaikki eivät kaipaa hoitohenkilökunnan kanssa keskustelua. Tämänkaltaisessa tilanteessa riittää ystävällinen suhtautuminen omaista kohtaan. Kuitenkin useimmiten omaiset haluavat tietoa potilaan sairaudesta, hoidosta, ennusteesta ja jatkohoidosta. (Anttila ym. 2006, 46–47.) Tietoa tulisi antaa omaaloitteisesti, ymmärrettävällä tavalla ja sen tulisi olla rehellistä, mutta myös toivoa sisältävää. (Nevalainen 2006, 42–43.) Tiedon antamisen tapaan on hyvä kiinnittää huomiota, sillä tapa, jolla tietoa annetaan, merkitsee jopa enemmän kuin itse tiedon sisältö (Anttila ym. 2006, 46–47).

Kotona selviämistä helpottaa, jos potilaan omainen saa tietoa sairauden vaikutuksista arkielämään. Omaiset toivovat myös käytännön neuvoja arkipäivän tilanteista ja ongelmista selviytymiseen. Lisäksi omaiset kaipaavat tietoa erilaisista tukimuodoista. Vaikka hoitaja ei osaisi kaikkea tietoa antaa, tulisi hänen ohjata omainen tuen piiriin, esimerkiksi sosiaalityöntekijälle. (Nevalainen 2006, 44–45.)

Emotionaalinen tuki auttaa omaista sopeutumaan tilanteeseen paremmin (Eriksson 2000, 230), sillä myös omainen voi joutua kriisiin läheisen sairastuessa. Hoitajan on silloin tärkeää tiedostaa kriisin eri vaiheet ja niiden kautta pyrkiä onnistuneeseen omaisen ohjaukseen ja tuen antamiseen. (Anttila ym. 2006, 47–50.) Tuen määrä ja laatu määräytyvät suureksi osin potilaan sairauden vakavuudesta, kestosta ja potilaan sen hetkisestä tilasta sekä omaisten omasta elämäntilanteesta riippuen (Eriksson 2000, 231). Emotionaalista tukemista on muun muassa hoitajan läsnäolo ja myötäeläminen, omaisten huomioiminen yksilöinä, myötätuntainen äänensävy, rohkaiseva asenne, empatia omaisia kohtaan sekä turvallisen keskusteluilmapiirin luominen ja kuunteleminen. (Anttila ym. 2006, 47–50; Eriksson 2000, 231.)

Vaikeuksista puhuminen auttaa usein omaista jäsentämään omaa tilannettaan ja löytämään ongelmiinsa ratkaisuja (Eriksson 2000, 230–231). Hoitohenkilökunnan aloittamat keskustelut koetaan usein välittämisen ja huolehtimisen merkkeinä. On tärkeää, että hoitaja tiedostaa roolinsa aloitteentekijänä vuorovaikutustilanteisiin potilaan omaisten kanssa. Tärkeä osa emotionaalista tukemista on myötäeläminen, omaisen huomioiminen yksilönä sekä kuunteleminen. (Anttila ym. 2006, 47–50.) Omaiset pitävät tärkeänä, että hoitohenkilökunta hyväksyy heidät ja osoittaa heille myötätuntoa. Keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa antavat läheisille toivoa, jonka ylläpito on hyvin tärkeä asia sekä potilaalle että omaisille. Suurin osa omaisista toivoo, että voisi keskustella hoitohenkilökunnan kanssa potilaan sairauden aiheuttamista tunteista. (Nevalainen 2006, 46–47.)

Hoitajan tietynlainen epävirallisuus ja tuttavallisuus omaisia kohtaan lisäävät heidän turvallisuuden tunnetta (Anttila ym. 2006, 50–51). Hoitaja voi myös tukea omaisia tunteidensa avulla säilyttäen kuitenkin ammatillisen otteensa. Surun ja myös ilon käyttäminen hoitotyössä voi olla omaisia tukevaa. (Mattila 2011, 68–69.) Omaiset kokevat huumorinkäytön tuovan iloa ja helpottavan vuorovaikutusta potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa. Huumori auttaa ahdistusta vähentävästi ja vaikeatkin asiat voi olla helpompi ottaa esiin. Huumorin tulee kuitenkin olla aina hyvän maun mukaista loukkaamatta potilaan tai omaisten tunteita. (Anttila ym. 2006, 50–51.)

4.6.2 Lapsen sopeutumista helpottavat keinot vanhemman sairastuessa

Myös rypäleraskauteen sairastuneen naisen lapset tulisi hoidon aikana ja sen pitkittyessä huomioida, ja esimerkiksi antaa potilaalle neuvoja, kuinka lasta voisi tilanteeseen sopeuttaa paremmin. Myös hoitaja voi keskustella lapsen kanssa ja antaa mielikuvia siitä, miten vanhemman sairaus voi lapsen arkipäivää tulla muuttamaan. On hyvä pyrkiä myös vahvistamaan lapsen tunnetta ja ymmärrystä siitä, että vanhempi käy tai on sairaalahoidossa sen vuoksi, että terveydentila kohenisi. (Mattila 2011, 70.) Myös vanhempia on hyvä kehottaa kertomaan lapselle mahdollisimman rehellisesti, mitä sairaalassa tehdään. Se vähentää lapsen epätietoisuutta ja pelkoja sairaalaa kohtaan. (Suomen syöpäpotilaat ry 2002, 52–54.)

Hoitaja voi muistuttaa vanhempia, että omien tunteidensa näyttäminen lapselle on terveellistä. Niin lapsi oppii, että tunteita saa ja voi näyttää ja vaikeita tilanteita voi siten purkaa ja selvittää. Tunteiden ilmaisu vähentää perheen sisäistä painetta. Lapsi voi suhtautua vanhemman sairauteen eri tavoin. Lapsi tuntee sääliä ja syyllisyyttä, ja syyllisyyttä hän voi yrittää sitten hyvittää käyttäytymällä hyvin. Lapsi voi myös ripustautua vanhempaansa, koska pelkää tämän menettämistä. Lapsi saattaa myös pelätä sairauden tarttumista ja myös tekeytyä sairaaksi, jotta saisi olla vanhempansa kanssa. Lapsiperhettä tulisi neuvoa säilyttämään perheen rutiinit joustovaralla mahdollisuuksien mukaan. Eniten arkeen vaikuttaa vanhemman sairaalassaolo-/käynnit. Vanhempien tulisi kertoa lapselle mahdollisimman rehellisesti, mitä sairaalassa tehdään. Se vähentää lapsen epätietoisuutta ja pelkoja sairaalaa kohtaan. (Suomen syöpäpotilaat ry 2002, 52–54.) Myös sosiaalinen verkosto on avainasemassa, ja lapsella tulisi olla vanhempien lisäksi myös aikuinen henkilö, jonka kanssa lapsi voi keskustella mielessään pyörivistä asioista. Lapsen kanssa tekemisissä oleville henkilöille olisi myös suotavaa sairaudesta kertoa, jotta he ymmärtäisivät lasta paremmin. (Syöpäjärjestöt.)

4.7 Tukipalveluiden yhteystietoja

Rypäleraskauden aiheuttamat tunteet ja reaktiot voivat olla hyvin erilaisia. Tilanne voi herättää hyvin monenlaisia kysymyksiä. Ohessa tukitahojen yhteystietoja. Puhelinten päivystysajat voivat muuttua. Päivitetyt tiedot ovat löydettävissä Internetistä.

- Käpy ry. Kaikille lapsensa menettäneille. Tukipuh. 045-325 9595 (maanantaisin & torstaisin klo 8.30-11.30) email: tuki(at)kapy.fi
- Palveleva puhelin puh.01019-0071 (ev.lut. kirkon ylläpitämä)
- [Parisuhteen valtakunnallinen neuvontapuhelin](#) puh. 0800 183 183 (to klo 12–14)
- Pirkanmaan syöpäyhdistys, www.pirkanmaansyopayhdistys.fi tai puh. 03-2499200.
- Seksuaaliterveysneuvonta puh. 040 167 9005 (ma–ke klo 13–15)
- Suomen Syöpäpotilaat, www.syopapotilaat.fi, puh.03-135331
- Valtakunnallinen kriisipuhelin, puh.01019 5202
- Yleisinformaatio - Usean eri järjestön nettipalveluiden yhteinen portaali. www.apua.info
- Hakukoneella löydettävissä myös blogeja/foorumeita aiheesta ja vertaistukea rypäleraskauden kokeneilta

LÄHTEET

Aavaluoma S. & Kyrölä U-M. 2003. Tornadon kohtaaminen. Toiminnallisista menetelmistä apua dementoituville ja heidän läheisilleen. Resurssi 2003.

Anttila, M., Kukkola, L., Mattlar, R., Moilanen, S., Risteli-Ahola, T., Koivikko, S. & Verronen, T. 2006. Omaisten ohjaus. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 44–55.

Cancer Research UK. 2012. Fertility after a molar pregnancy, persistent disease or choriocarcinoma. Päivitetty 5.9.2012. Luettu 5.10.2013. <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/type/GTT/living/fertility-after-a-molar-pregnancy-persistent-disease-or-choriocarcinoma>

Duodecim. 2013. Trofoblasti. Luettu 20.4.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Duodecim. 2013. Embolisaatio. Luettu 23.4.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00671

Engblom, K. & Lehtonen, E. 2010. Läsä ja lähellä – Opas kuolemaa ja surua kohtaaville vapaaehtoisille. Eläkeliiton julkaisu. Helsinki: Multiprint.

Eriksson, E. 2000. Omaisten selviytymisen tukeminen. Teoksessa Eriksson E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY. 225–242.

Eriksson, E. & Lauri, S. 2000. Potilaan selviytymisprosessi. Teoksessa Eriksson E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY. 43–65.

Erjanti, H. & Paunonen-Ilmonen, M. 2004. Suru ja surevat – Surevien hoitotyön perusteet. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Erjanti, H. 2005. Uusi suruteoria- surevien auttamisen perusta hoitotyössä. Sairaanhoitaja-lehti 6-7. Viitattu 6.9.2013. www.sairaanhoitajaliitto.fi

Fimea. 2010. Cytotec-pakkausseloste. Luettu 28.8.2013. <http://spc.fimea.fi>

Fimlab Laboratoriot Oy. 2012. Koriongonadotropiini. Luettu 20.4.2013. <http://www.fimlab.fi>

FINGOG. 2012. Gynekologisten syöpien hoitosuositukseset.

Grenman, S. & Leminen, A. 2013. Trofoblastisairaudet. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Kouri, M. & Lyly, T. (toim.) Syöpätaudit. Luettu 10.10.2013. Duodecim Oppikirjat. www.terveysportti.fi

Haukkamaa, M. & Sariola, A. 2001. Normaali raskaus. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kaupila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 303–309.

- Halmesmäki, E. & Puistola, U. 2012. Kun syöpä todetaan raskausaikana. Duodecim. Luettu 4.8.2013. <http://www.duodecimlehti.fi>
- Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. Mielenterveyden ensiapukirja. Helsinki. StarOffset Oy.
- Hiltunen, A. 2010. Kohdennetut liposomit syövän hoidossa. Helsingin yliopisto. Biofarmasian ja farmakokinetiikan osasto. Pro gradu-tutkielma.
- Holm, T. & Turunen, T. 2008. Minun suruni. Aikuisen opas. 2. uud. p. Psykologien Kustannus Oy. Jyväskylä: Gummerus.
- Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Ivanoff, P., Kitinoja, H., Rahko, R., Risku, A. & Vuori, A. 2001. Hoidatko minua? – Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Joneborg, U. & Marions, L. 2005. ABC om Mola hydatidosa och andra trofoblastsjukdomar. Läkartidningen 16/2005, volum 102.
- Järvi, U. 2007. Syntymätön. Tietoa ja kokemuksia keskenmenosta. Helsinki: Kirjapaja.
- Järvinen, S., Hautamäki-Lamminen, K. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2012. Seksuaaliterveyden edistäminen osana terveysneuvontaa. Pilottina syöpä ja seksuaalisuus. Raportti 25/2012. Luettu 16.7.2013.
- Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisälä, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. Katsaukset. Duodecim 119(3): 237–246.
- Kiiltomäki, A. & Muma, P. 2007, Tässä ja nyt. Sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Kohonen, M. 2004. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Kohorn, E., I. 2007. The figo 2000 staging and risk factor Scoring system for gestational Trophoblastic neoplasia; a critical Analysis.
- Kreula, R. 2008. Kuvittelenko, vai kuoliko jotain? Helsinki: Books On Demand.
- Kuuppelomäki, M. 2000. Potilaan tunteen ja emotionaalinen tuki. Teoksessa Eriksson E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY. 129–157.
- Kyyrönen, K. 2000. Suru. Teoksessa: Aalto, K. (toim.) Saattohoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, s. 152.
- Käypä hoito. 2013. Raskaudenkeskeytys. <http://www.kaypahoito.fi>
- Kääriäinen, A-M. 2008. Rintasyöpää sairastavien naisten elämänhallinta. Haastattelututkimus elämänhallinnan kokemuksesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Laakso, H. 2000. Äidin suru alle seitsenvuotiaan lapsen kuoleman jälkeen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Lamminperä, T. 1999. Gynekologista tulehdusta sairastavien naisten kokemuksia sairaalahoidosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Lehti, T. 1999. Potilaan fyysinen hoitotyö. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M.(toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö.

Lehtovirta, P. 2001. Trofoblastisairaudet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 247–251.

Leino, K. 2011. Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä. Substantiivinen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja.

Leminen, A. 2009. Gynekologiset syövät. Luettu 4.8.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Loukovaara, M. & Lehtovirta, P. 2001. Trofoblastitaudit - ryhmä harvinaisia sairauksia. Luettu 20.4.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Loukovaara, M. 2013. Trofoblastitaudit. Päivitetty 30.5.2013. Luettu 27.8.2013. www.terveysportti.fi

Lääkeinfo.fi. Antrex 15mg tabletti. Luettu 10.6.2013. <http://www.laakeinfo.fi>

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja.

Muilu, J. 2005. Lapsen kuolema ja parisuhde. Teoksessa: Lapseni on kuollut – jäi jälkeen kaippu, jäi sanaton suru. Sylva ry:n julkaisu. Helsinki, s. 70.

Mustajoki, P. & Kaikua, J. 2008a. Keuhkojen röntgenkuvaus (thoraxkuva). Luettu 16.7.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Mustajoki, P. & Kaikua, J. 2008b. Raskaustestit. Luettu 20.4.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Muurinen, K. 2009. Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitojen aikana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Nevalainen, A. 2006. Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen ja emotionaalinen tuki polikliinisessä hoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

NHS. 2012. Molar pregnancy. Päivitetty 18.9.2012. Luettu 27.8.2013. <http://www.nhs.uk/Conditions/molar-pregnancy/Pages/Introduction.aspx>

Nieminen, P. a. Avohoitolääkärin gynekologiset toimenpiteet. Luettu 5.9.2013. www.therapiafennica.fi

Nieminen, P. b. Gynekologiset kasvaimet (hyvän- ja pahanlaatuiset). Luettu 4.8.2013. www.therapiafennica.fi

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Pakarinen, P. 2011. Trofoblastisairaudet. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J.(toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim Oy.

Pesonen, T. 2011. Kriisihoidot somaattisen sairauden yhteydessä. Suomen Lääkärilehti 22/2011 vsk 66. 1829–1833.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Seksuaalivouonta. Ohjelehtinen.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2003. Trofoblastitautien seuranta PGY:llä. Intra-ohje.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2011. Gynekologisten syöpien hoitoperiaatteet TAYS:n erityisvastuualueella. Intra- ohjeet.

Pirkanmaan syöpäyhdistys. 2013. Syöpään sairastuneen kuntoutuspalvelut 2013.

Poiijula, S. 2002. Surutyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

PPSHP. 2013. Runsaat gynekologiset vuodot – Kohdun poisto. Luettu 23.4.2013. http://www.ppsHP.fi/synnytys_ja_naistentaudit

Raudaskoski, T. 2001. Anamneesi ja muut tutkimukset. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 55–62.

Rosenberg, L. 2000. Syöpä, seksuaalisuus ja parisuhde. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) Syöpää sairastava potilaan hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Rosenberg, L. 2007. Seksuaalisuus ja syöpä. Suomen Syöpäpotilaat ry:n potilasopas. Mainostoimisto Contra Oy.

Roto, H. 2001. Lasta odottaneiden vanhempien kokemuksia keskenmenosta ja saamaan hoidosta keskenmenon yhteydessä sairaalassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2010. Gestational Trophoblastic Disease. <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GT38ManagementGestational0210.pdf>

Ruishalme, O. & Saaristo, L. 2007. Elämä satuttaa – Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. 1.painos. Helsinki: Edita.

Sairaanhoitajaliitto. 2006. Asiakkaan yksityisyyden suojaaminen hoitotyössä. Sairaanhoitaja-lehti, 3/2006. Luettu 1.10.2013.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_2006/muut_artikkelit/asiakaan_yksityisyyden_turvamine/

Salmi, T., Leminen, A. 2007. Gynekologiset syövät. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L., Tenhunen, M. Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 451–470.

Seckl M., Sebire, N. & Berkowitz, R. 2010. Gestational trophoblastic disease. Luettu 28.4.2013.

Sjövall S. 2000. Aiemmin terveen naisen veriyskä raskauden loppuvaiheessa. Duodecim 2000;116:2780–2.

Suomen syöpäpotilaat ry. 2002. Nuoren perheen selviytymisopas.

Suomen syöpäpotilaat ry. 2010. Ohjeita sinulle, joka saat syöpälääkehoitoa. 2.uudistettu painos.

Syöpäjärjestöt. Syöpä lapsiperheessä. Luettu 7.9.2013.
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/laheisille/lapsiperheet/>

Telenius, E. 2010. Äitien suru ja suruprosessin kehittyminen viisi vuotta lapsen menettämisen jälkeen. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Potilaan yksityisyys jäämässä jalkoihin? Luettu 2.10.2013. www.thl.fi

Tiitinen, A. 2012. Kohdun limakalvonäyte. Luettu 29.4.2013.
<http://www.terveyskirjasto.fi>

Tiitinen, A. 2013a. Gynekologinen kaikututkimus. Luettu 5.9.2013.
<http://www.terveyskirjasto.fi>

Tiitinen, A. 2013b. Gynekologinen tutkimus. Luettu 5.9.2013.
<http://www.terveyskirjasto.fi>

Tiitinen, A. 2013c. Istukkasyöpä. Luettu 5.10.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Tiitinen, A. 2013d. Rypäleraskaus. Julkaistu 17.9.2013. Luettu 6.10.2013.
<http://www.terveyskirjasto.fi>

Traumaterapiakeskus 2013. Psykkinen trauma. Luettu 19.9.2013. Psykkinen trauma.
<http://www.traumaterapiakeskus.com/18>

Tuusa, R. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt, sairastunut ja tieto. Sairastuneiden kokemuksia sairautta koskevan tiedon saamisesta ja hankkimisesta. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu-tutkielma.

Uusitalo, T. 2007. Yli mahdolloman – Itsemurha ja läheinen. Helsinki: Edita Prima Oy.

VSSHP – ohjepankki. 2012. Metotreksaatti – foolihappo - hoito. Luettu 23.4.2013.
<http://ohjepankki.vsshp.fi>

VSSH – ohjepankki. 2012. Rypäleraskaus. Luettu 23.4.2013.
<http://ohjepankki.vsshp.fi>

Vuola, T. 2003. Mitä seksuaaliterapia on? Luettu 16.7.2013. Duodecim 2003;119, 261–266.

Väestöliitto. Seksuaalineuvonta. Luettu 16.7.2013.
<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/palvelut/vastaanotot/seksuaalineuvonta/>

Väestöliitto. Seksuaaliterapia. Luettu 16.7.2013.
<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/palvelut/vastaanotot/seksuaaliterapia/>

Ylikarjula, S. 2008. Kuolema on. Hämeenlinna: Karisto Oy

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

TAULUKKO4. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset

Tutkimus	Tarkoitus	Menetelmä	Keskeiset tutkimustulokset
Kohonen (2004)	Kuvata toivoa vahvistavia auttamismenetelmiä hoitotieteellisten julkaisujen avulla.	Aineisto haettiin CINAHL-tietokannasta kahdella haulilla. Haku tehtiin sanoilla ”Nursing Interventions” ja ”Hope”.	Auttamismenetelmiä kertyi yhteensä 178 kpl. Ne luokiteltiin 6 pääkategoriaan ja 15 kategoriaan. Kuusi pääkategoriaa ovat: reflektiiviset auttamismenetelmät, toimintaa tukevat auttamismenetelmät, sosiaalista toimintaa ja ympäristöä tukevat auttamismenetelmät, hengelliset auttamismenetelmät, pelkoja ja epävarmuutta poistavat auttamismenetelmät sekä sairauden hoito.
Kääriäinen (2008)	Tarkoituksena kuvata rintasyöpää sairastavien kokemusta elämänhallinnasta ja elämänhallintaa edistävästä ja heikentävistä tekijöistä.	Kvalitatiivinen tutkimus Erään sairaanhoitopiirin yhdeltä sairaanhoitoalueelta N=16 potilasta Teemahaastattelut	- Elämänhallinnan kokemus ilmeni oman tilanteensa ymmärtämisenä, arjen hallintana ja elämän mielekkyytenä. - Elämänhallintaa edistävä tekijä on onnistuminen arjessa. - Elämänhallintaa heikentäviä tekijöitä olivat sairauteen liittyvät asiat, joita olivat viha ja raivo, pelko, asioiden läpikäymättömyys, odotusaika hoitoon, ympäristön suhtautuminen sekä muutokset elämässä.
Rintasyöpää sairastavien naisten elämänhallinta			
Pro gradu-tutkielma	Tutkimuskysymykset: 1. Minkälainen on rintasyöpää sairastavan naisen kokemus elämänhallin-		

	<p>nasta?</p> <p>2. Mitkä tekijät edistivät rintasyöpää sairastavan naisen elämänhallintaa?</p> <p>3. Mitkä tekijät heikentävät rintasyöpää sairastavan naisen elämänhallintaa?</p>	Sisällönanalyysi	
Lamminperä (1999)	Selvittää gynekologista tulehdusta sairastavien naisten kokemuksia sairaalahoidosta.	<p>Teemahaastattelu</p> <p>N= 7 gynekologiseen infektioon sairastunutta naista</p>	Tutkittavat olivat epätietoisia hoitoon liittyvistä asioista kaikissa hoidon vaiheissa. Haastateltavat toivoivat omahoitajaa ja hoitajien käyvän useammin tapaamassa potilaita potilashuoneissa.
<p>Leino (2011)</p> <p>Pirstaloitumisesta kohti naisena eheytymistä</p> <p>Akateeminen väitöskirja</p>	<p>Tarkoituksena kehittää substantiivisen teoria rintasyöpäpotilaan sosiaalisesta tuesta hoitoprosessin aikana erikoissairaanhoidossa.</p>	<p>Laadullinen pitkäikäistutkimus</p> <p>N=25 rintasyöpäpotilasta</p> <p>Potilaiden päiväkirjat (n=21), haastattelut, hoitajien ja lääkäreiden ryhmähaastattelut</p> <p>Grounded-teoria</p>	<p>Tulosten perusteella hoitohenkilöstön tuki naisena eheytyksen kokemuksessa on merkityksellistä. Hoitohenkilöstön on tärkeää suunnata sosiaalista tukea hoidon siirtymävaiheisiin, etenkin syöpähoitojen alku- ja loppuvaiheeseen.</p> <p>-Hoitohenkilöstöllä on valmiuksia auttaa tuen tarpeessa olevaa potilasta, mutta puolison ja lasten psyykkiseen tukemiseen ei ole riittävästi keinoja.</p> <p>-Lyhyet hoitoajat rajoittavat tuen antamista ja edellyttävät itsehoitovalmiuksien lisäämis-</p>

			tä.
<p>Mattila (2011)</p> <p>Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana</p> <p>Akateeminen väitöskirja</p>	<p>Tarkoituksena muodostaa teoreettinen malli potilaan ja perheenjäsenten emotionaalisesta ja tiedollisesta tuen tarpeesta sairaalahoidon aikana.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</p> <p>Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimusaineisto. N= 31</p> <p>Ryhmähaastattelut: sairaanhoitajat N=11 potilaat N=9</p> <p>Sairaanhoitajien kirjoitelmat N=25</p> <p>Potilaiden kyselylomakkeet N=731</p> <p>Perheenjäsenten ryhmähaastattelu N=2 ja yksilöhaastattelut N=5 sekä kyselylomakkeet N=353.</p>	<p>-Potilaat saivat emotionaalista ja tiedollista tukea sairaalahoidon aikana paremmin kuin perheenjäsenet.</p> <p>-Tukimenetelmät vaikuttivat positiivisesti perheenjäsenten välisiin suhteisiin, henkiseen hyvinvointiin sekä hoitotaitoihin. Tuella oli myös positiivisia sekä negatiivisia vaikutuksia hoitosuhteen vakauden muodostumiseen, henkiseen tasapainoon, terveytymisen kokemusten syntymiseen, luottamukseen ja hoidossa mukana olemiseen sekä tulevaisuudenuskon syntymiseen.</p> <p>- Tutkimuksessa kehitetty teoreettinen malli auttaa jäsentämään ja tuo näkyville käytännön hoitotyössä tapahtuvaa potilaan ja perheenjäsenen tukemista.</p>
Muurinen	Tarkoituksena kuva-	Kvalitatiivi-	- Lääkkeelliset hoidot koettiin

<p>(2009)</p> <p>Rintasyöpäpotilaiden kokemuksia elämästä syövän kanssa liitännäishoitohen aikana</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p>	<p>ta rintasyöpäpotilaiden kokemuksia syövän liitännäishoitohen aikana.</p> <p>Tavoitteena syöpäpotilaiden hoitotyön kehittäminen.</p>	<p>nen tutkimus</p> <p>Yhdessä yliopistosairaallassa</p> <p>N = 9 rintasyöpäpotilasta</p> <p>Päiväkirjat</p> <p>Induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>fyysisesti ja psyykkisesti rasittaviksi.</p> <p>- Fyysinen hoito koettiin korkeatasoiseksi, mutta psyykkisen hyvinvoinnin huomioiminen koettiin puutteelliseksi.</p> <p>- Hoitohenkilökunnan antama tieto ei aina kohdannut potilaan tarvitseman tiedon kanssa.</p> <p>-Perheeltä ja vertaistuelta saatiin arvokasta tukea.</p>
<p>Nevalainen (2006)</p> <p>Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen ja emotionaalinen tuki polikliinisessä hoidossa</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena kuvata aikuisen syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saamaa tiedollista ja emotionaalista tukea polikliinisessä hoidossa sekä selvittää sitä, miten tautekijät ovat yhteydessä läheisen hoitohenkilökunnalta saamaan tiedolliseen ja emotionaaliseen tukeen.</p>	<p>Erään yliopistosairaalan polikliinistä hoitoa saavien läheiset</p> <p>N=107</p> <p>Strukturoidut kyselylomakkeet</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>-Hoitohenkilökunta antoi läheisille hyvin tietoa syöpäsairaudesta, syövän hoitomenetelmistä, hoitoihin liittyvistä sivuvaikutuksista, hoidon tavoitteesta ja tehdyistä tutkimuksista.</p> <p>-Tietoa annettiin ymmärrettävästi, rehellisesti ja läheisillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä.</p> <p>- Läheiset jäivät kaipaamaan tietoa yhteiskunnan tarjoamasta tuesta, sairauden ennusteesta, miten he voivat halutessaan</p>

			osallistua potilaan hoitoon ja miten potilaan on tarvittaessa mahdollista päästä osastohoitoon.
<p>Tuusa (2008)</p> <p>Aivoverenkier- tohäiriöt, sairastunut ja tieto- Sairastuneiden kokemuksia sairautta koskevan tiedon saamisesta ja hankkimisesta</p> <p>Pro gradu- tutkielma</p>	<p>Tarkoituksena kar- toittaa mistä ja miten sairastuneet ovat saaneet tietoa sairaudestaan ja kuntoutumisestaan hoito- ja kuntoutuspolun eri vaiheissa, ja mitä he jälkeenpäin ajattelevat tiedonsaannista.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p> <p>Kaikki Länsi-Suomen läänissä asuvat 55-vuotiaat Aivohalvaus- ja dysfasialiiton jäsenyhdistyksen jäsenet, jotka ovat sairastuneet aivohalvauksen, Kyselylomakkeen palautti 61% kohde-ryhmästä. (N=245).</p> <p>Lomakkeet</p>	<p>- Sairastuneet kokevat saaneen sairaalassa liian vähän sairautaan koskevaa tietoa.</p> <p>- Vaikeinta sairastuneille olisi se, että he tunsivat jääneensä yksin psyykkisessä kriisissä, eikä heille annettu sellaista tietoa, joka olisi auttanut orientoitumaan tulevaisuuteen</p>
<p>Roto (2001)</p> <p>Lasta odottaneiden vanhempien kokemuksia keskenmenosta ja saamastaan hoidosta kes-</p>	<p>Tarkoituksena on kuvata vanhempien keskenmenokokemuksia siten miten vanhemmat ovat ne kokeneet. Paljastaa ne merkitykset, joita vanhemmat kes-</p>	<p>Fenomenologis- eksistentiaalinen lähestymistapa.</p> <p>Aineisto kerättiin haastat-</p>	<p>- Vanhempien kokemukset vaihtelivat. Osa vanhemmista oli tyytyväisiä hoitoon; kokivat hoidon turvallisena ja ammattitaitoisena. Hoitotoimenpiteet sujuivat hyvin ja se mahdollisti toipumisen alkamisen keskenmenon jälkeen.</p>

<p>kenmenon yhteydessä sairaalassa.</p> <p>Pro gradu-tutkielma</p>	<p>kenmenolle antavat.</p>	<p>telemalla puoliavoimella haastattelulla 28 lasta odottanutta vanhempaa (16 naista ja 12 miestä, kuudestatoista eri perheestä)</p> <p>10 perhettä haastateltiin parihaastatteluna, 6 lasta odottanutta äitiä ja kaksi lasta odottanutta isää haastateltiin yksilöhaastatteluna.</p> <p>Aineiston analysointi Colaizzin fenomenologisella analyysimenetelmällä.</p>	<p>Osa vanhemmista ei ollut tyytyväisiä; kokivat hoidon rutiniinomaisena eikä yksilöllisyyttä otettu riittävästi huomioon. Vanhemmat olisivat tarvinneet yksilöllistä huolenpitoa, psyykkistä tukea, omaa tilaa ja rauhaa ja perheensä huomiointia päästäkseen alkuun keskenmeno prosessin jälkeen.</p>
--	----------------------------	--	---